

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

THÈSE

N° —

POUR

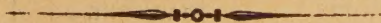
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 16 février 1905, à 4 heure*Par Emile **LEBRUN**

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT

DES

ÉVENTRATIONS POST-OPÉRATOIRES

*Président : M. PAUL BERGER, professeur.**Juges : } MM. POIRIER, professeur.
HARTMANN et MORESTIN, agrégés.**Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.		P. POIRIER
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		BRISAUD.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie.		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.		N...
Thérapeutique		OUCHET.
Hygiène		GILBERT
Médecine légale.		ANTHEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		BOUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.		DURINE.
Clinique médicale	}	ROGER.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	}	TERRIER.
		BERGER.
		RECLUS.
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.
Clinique d'accouchements	}	RUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	des trav. anat.)
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	TEISSIER
BRINDEAU	GOUGET	MARION	THIROLOIX
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CARNOT	JEANSELME	MERY	WALLICH
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGREY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE

A LA MEMOIRE DE MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Professeur de Clinique chirurgicale.

Chirurgien de l'Hôpital Necker.

Membre de l'Académie de Médecine.

Officier de la Légion d'honneur.

A NOS MAITRES

Le D^r LEBRUN de Bar-sur-Aube, notre père, et son vieil ami le D^r COURGEY d'Ivry, notre beau-père, furent naturellement nos premiers maîtres, maîtres expérimentés, aimés par dessus tous les autres qui n'en seront certes point jaloux. C'est à eux surtout que nous devons la haute idée que nous possédons de la noble profession médicale et des graves devoirs qu'elle comporte. Ce sont eux qui nous ont inculqué, avant d'entrer dans la pratique, les principes de déontologie médicale encore si peu connus et si peu pratiqués. Nous ne saurions donc mieux faire que de suivre leur exemple.

Mais notre reconnaissance ne doit pas seulement s'adresser à eux. Elle va aussi, et bien sincèrement, aux maîtres éminents qui nous ont aidé, encouragé, guidé dans le cours de nos études médicales. Tous ont laissé dans notre cœur une impression profonde de science, de dévouement et de bonté que nous nous

efforcerons d'imiter dans l'exercice de la belle profession que nous avons choisie.

C'est un devoir bien agréable pour nous de les remercier tous avec le sentiment, qu'en le faisant, nous ne sacrifions point à un usage banal.

Nous avons passé notre première année d'externat (1902-1903) à l'hôpital Bichat avec le Dr PICQUÉ. C'est à lui, si connu par son érudition, que nous devons l'idée de ce travail. C'est lui qui a aidé nos recherches et facilité nos travaux. C'est lui qui nous a initié à la chirurgie générale. Aussi nos remerciements les plus vifs, les plus affectueux, nous oserons dire les plus amicaux, s'adressent-ils à lui qui n'a cessé en toutes circonstances de nous témoigner tant d'intérêt et tant de bonté, que nous en garderons toujours un souvenir ineffaçable.

Dans le service de M. le Dr PICQUÉ, nous avons été heureux d'assister aux leçons cliniques de M. le professeur agrégé MAUCLAIRE. Nous avons retiré le plus grand profit de son enseignement savant et précis de sa clinique impeccable, et nous sommes heureux de l'en remercier ici bien chaleureusement.

Notre premier maître dans les hôpitaux, en 1900, fut notre compatriote le Dr DEMOULIN, dont l'esprit clinique si net et si profond nous a fait aimer la chirurgie dans les consultations de l'hôpital Boucicaut. Nous garderons toujours de ses leçons le souvenir le plus reconnaissant et nous nous féliciterons sans cesse des marques d'intérêt et d'attachement qu'il nous a données. Lui aussi nous a soutenu dans les moments diffi-

ciles, et nous le prions de croire à notre reconnaissance et à notre affection.

Nous n'oublierons jamais non plus l'affabilité, la bonté de notre maître en médecine, pendant notre deuxième année d'externat, à la Maison de santé du faubourg Saint-Denis (1903-1904), le Dr COURTOIS-SUFFIT. Ses leçons nous seront d'une grande utilité dans notre pratique et les marques de bienveillance et d'intérêt qu'il nous a montrées lui donnent droit à toute notre inaltérable reconnaissance.

Avec le Dr GUILLEMAIN, en 1901, faisant fonction d'externe, nous avons vu de très nombreux malades à la consultation de chirurgie de Saint-Antoine. L'amabilité de ce maître et sa grande expérience laisseront en nous un excellent souvenir.

Un stage de six mois à l'hôpital Saint-Antoine, en 1902, dans le service de gynécologie médicale du Dr SIREDEY nous a permis d'apprécier les hautes qualités professionnelles de ce maître, si justement estimé. Nous le remercions bien sincèrement de ses excellentes leçons que nous regrettons de n'avoir pu suivre plus longtemps.

Un stage d'accouchement de deux mois en 1903, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service du professeur agrégé BRINDEAU, stage que nous aurions voulu plus long, nous a néanmoins permis de suivre les intéressantes conférences de ce maître éminent que nous n'oublierons point.

Nous avons complété nos études d'accouchement à l'hôpital Saint-Louis pendant notre troisième année

d'externat, à la maternité de l'hôpital Saint-Louis (1904), dans le service du D^r AUVARD.

Pendant cette même année, nous avons pu, en assistant aux consultations de Saint-Louis d'une richesse clinique considérable, prendre une connaissance assez complète des maladies cutanées.

M. le professeur BERGER nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous lui en exprimons toute notre reconnaissance et le remercions respectueusement de sa haute approbation.

AVANT-PROPOS

Les cas d'éventration post-opératoire ont déjà été l'objet de maints travaux. Tout en étant assez rares aujourd'hui, ils sont encore trop nombreux quand on regarde quelle importance a prise la chirurgie abdominale chez la femme surtout et dans les deux sexes en ce qui concerne l'appendicite. Ils sont toujours, qu'ils suivent de loin ou de près l'opération, aussi pénibles pour le chirurgien que pour le malade devenu un infirme, et ils laissent sur la chirurgie en général la plus mauvaise impression. Si autrefois, alors que presque toutes les plaies suppuraient, il était facile d'en trouver la cause précisément dans la mauvaise cicatrisation, il est plus difficile aujourd'hui, avec les progrès de l'asepsie et de la technique, de s'expliquer comment peut se produire une éviscération post-opératoire. Cependant certaines plaies ne pouvant être réunies directement, surtout dans l'opération de l'appendicite à chaud, paraissent *à priori* excuser le chirurgien ; de

même que certaines causes de déchéances pathologiques ou physiologiques des muscles de la paroi. Or nous voulons montrer, avec l'appui de nombreuses observations recueillies dans le service du D^r Picqué, notre maître, qui nous a suggéré l'idée de cette thèse, que toujours l'éventration peut être évitée par un procédé de technique opératoire spécial.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

L'histoire de l'éventration post opératoire date naturellement de ces vingt-cinq dernières années : ce n'est en effet que depuis les travaux de Pasteur et l'avènement de la doctrine microbienne que la chirurgie s'est pour ainsi dire transformée, et que la chirurgie abdominale s'est en réalité créée.

Depuis l'avènement de la laparotomie, la question de l'éventration post-opératoire est née, et si elle a attiré l'attention de tous les chirurgiens par sa fréquence relative et par ses immenses inconvénients, on peut dire qu'elle n'a pas encore été résolue, bien que l'on puisse cependant espérer voir cet accident disparaître, chaque fait nouveau permettant d'en élucider davantage les causes, et par suite d'en prévenir l'apparition.

L'éventration en elle-même, survenant en dehors de

toute opération n'avait pas échappé à la sagacité des observateurs : Hippocrate, Galien, Celse, Avicenne, la mentionnent. Dès 1672 le barbier hollandais Barbette en donne une définition exacte.

En 1740 J.-L. Petit décrit les éventrations qui se font à l'aîne, à l'ombilic, à la ligne blanche. Plus tard en France, Desault et Chopart, Malgaigne, Cruveilhier, Reignier, Dauriac en étudient les symptômes : on trouvera leurs idées consignées dans la thèse récente de Cange (1898).

Mais ces faits sortent du cadre de notre sujet : l'éventration post-opératoire est de date récente, son histoire comprend cependant de nombreux documents : c'est un accident aussi importun pour le malade que pour le chirurgien, et nombreuses furent les communications dans les congrès, les mémoires dans les sociétés sur la pathogénie et le traitement des éventrations post-opératoires... et cependant, comme nous verrons, l'accord est encore loin d'être fait.

Dès 1888 paraît la thèse de Wertheimer sur la question : les observations sont encore rares, la laparotomie n'est pas encore vulgarisée ; en même temps en Amérique Gil Wylic, en rapporte une observation avec commentaires dans le *American Journal of obstetrics*. Puis les documents se multiplient : la question est mise par Hanks à l'ordre du jour de l'*American gynécolog. Association* en 1892.

En 1893, le Congrès de l'Association des chirurgiens

du Nord tenu à Copenhague traite de « la valeur des divers modes de suture dans la laparotomie et après le rapport de Howicz, Ask, Salm, Lassen, Tschering font connaître leur technique. L'année suivante, au Congrès des Sciences médicales, à Rome, la question est reprise sous une autre forme, et Laroyenne, de Lyon, donne une technique pour s'opposer à l'éventration dans la laparotomie suivie de drainage.

En 1896, au Congrès international de gynécologie et d'obstétrique tenu à Genève, la question à l'ordre du jour est : « Quel est le mode de fermeture de l'abdomen qui paraît garantir le mieux contre les abcès, les *éventrations* et les hernies ? avec deux rapports : l'un de Granville Bantock (de Londres), l'autre de La Torre (de Rome). Ce dernier fait connaître les résultats de l'enquête à laquelle il s'est livré auprès des chirurgiens principaux de tous les pays : nous verrons combien ses conclusions sont discutables.

Depuis 1896, la fréquence des opérations d'appendicite a pour ainsi dire créé une nouvelle variété d'éventration post-opératoire, l'éventration latérale, par opposition à l'éventration qui peut suivre la laparotomie médiane : dans les principaux congrès, à la grande discussion de la Société de chirurgie de 1902-1903 sur l'appendicite, les chirurgiens insistent particulièrement sur la facilité de l'éventration dans les opérations d'appendicite à chaud.

En 1900 le mémoire de Chavannaz passe en revue

les principales causes d'éviscération spontanée aussi bien dans la laparotomie médiane que dans l'incision latérale de l'abdomen.

En même temps Jonnesco, après Schœffer, Troler, Kossmann, Ceccherelli, reprend la question des sutures abdominales.

Enfin les thèses récentes de Frappier, de Chardin, de Chanteux, de Fosse, de Vanschengel, de Recours, et particulièrement celle de Tournemelle, très informée, constituent les documents auxquels on peut faire appel pour l'étude d'une question aussi complexe que celle dont nous nous occupons.

CHAPITRE II

DÉFINITION

On ne peut guère donner en somme de l'éventration post-opératoire qu'une définition d'attente, en disant que c'est une saillie formée par un viscère faisant issue à travers une solution de continuité de la paroi abdominale. Nous voyons de suite que pour être complet et précis, il faut distinguer deux cas : ou tous les plans de la paroi, péritoine presque toujours, muscles, aponevroses, moins la peau, sont intéressés, et on a affaire à une *éventration sous-cutanée*, généralement tardive, ou nous sommes en présence d'une solution de continuité de tous les plans, y compris la peau et nous avons affaire à une *éventration libre*, complète, presque toujours très précoce : c'est cette dernière que Chavannaz et son élève Recours proposent d'appeler *éviscération post-opératoire spontanée*.

Tournemelle (thèse Paris, 1901) propose d'appliquer à ces ruptures de suture ou de cicatrice le terme d'éventration aiguë post-opératoire ; « qu'elle se produise avant ou après la formation de la cicatrice, cette complication exige un traitement immédiat en rapport avec sa gravité. »

C'est un accident aigu dont l'apparition imprévue inquiète toujours le chirurgien et met souvent en danger la vie du malade et Tournemelle les réunit, bien qu'il oppose le fait que l'éventration sous cutanée, est chronique, tardive et partielle, à celui que l'éventration libre est aiguë, précoce et totale.

Recours (thèse Bordeaux, 1901) s'insurge contre cette division de Tournemelle : il admet avec Chavannaz, que l'éventration libre, qu'il appelle avec son maître éviscération spontanée, peut être précoce ou tardive, et il cite six cas de ruptures de la cicatrice abdominale de deux à dix ans après l'opération : il repousse l'expression d'éventration aiguë totale, qui semblerait indiquer que tous les viscères puissent sortir de l'abdomen. Et il tient à la distinction entre les mots éviscération et éventration : dans l'éviscération, il y a contact des viscères avec l'air extérieur, dans l'éventration existe toujours une barrière entre le milieu extérieur et la cavité abdominale.

Il nous semble que les expressions d'éventration libre et d'éventration sous-cutanée rendent justement très bien cette liberté complète dans un cas, cette barrière anatomique dans l'autre, et cette distinction nous

paraît devoir être conservée, le traitement préventif que nous avons surtout en vue devant différer dans les deux cas.

D'ailleurs la fréquence de ces deux accidents est bien différente : l'éventration libre est rare, et presque toujours précoce, les six observations mentionnées par Chavannaz et Recours étant les seuls cas tardifs connus.

Au contraire l'éventration sous-cutanée est fréquente, et son apparition relève comme nous verrons de causes multiples.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous donnons dans ce chapitre les quelques détails anatomo-pathologiques susceptibles d'éclairer la pathogénie.

Par notre double définition nous avons déjà vu comment est constituée la paroi dans l'éventration post-opératoire sous-cutanée et comment elle fait défaut dans l'éviscération libre.

I. — Anatomiquement, *l'éventration sous-cutanée* étant constituée par la sortie d'une partie ou de plusieurs viscères abdominaux à travers les bords des muscles droits, soit à la suite de la distension de la cicatrice qui les réunit, soit par la déchirure de cette cicatrice, soit encore par le point de réunion primitive

des bords aponévrotiques, on conçoit qu'elle aura pour enveloppes la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le péritoine. De même en cas d'éventration latérale ou la hernie se fait entre le grand droit et le grand oblique, ou entre les fibres des muscles obliques.

Quand il s'agit d'éventration sous-cutanée, la confusion possible avec la hernie sera facilement évitée : l'éventration se produit à travers un orifice *artificiel, chirurgical*, la hernie à travers un anneau *naturel* et préexistant. Disons de suite que le meilleur moyen de les distinguer réside dans l'étendue de l'orifice : alors qu'il est généralement très petit dans la hernie, il est toujours bien plus grand dans l'éventration et dirigé dans le sens de la cicatrice. Dans un cas qu'il a bien voulu nous communiquer, M. Mauclaire a vu une éventration ayant amené le décollement du tissu cellulaire sur toute l'étendue de la ligne blanche jusque dans la grande lèvre.

Hernie et éventration ne diffèrent donc en somme que par la différence d'étendue de l'orifice de sortie des viscères, les enveloppes qui les entourent pouvant être absolument identiques.

II. — Quels sont maintenant les organes que l'on rencontre d'habitude en opérant ? Si M. Picqué a pu trouver dans une observation le foie, si on a rencontré la trompe, l'utérus (obs. *in thèse* Tournemelle) disons de suite que le plus souvent on tombe, comme dans la hernie, sur de *l'épiploon* ou sur des *anses intestinales*.

L'épiploon, les anses intestinales peuvent être libres dans le sac (obs. IV, VIII) ; il est d'autres fois très délicat de rompre les adhérences d'une anse intestinale à la paroi (obs. VI) ; les adhérences possibles de l'épiploon sont encore plus difficiles à décoller étant donné leur multitude (obs. II, III, V) ; parfois enfin c'est le foie ou l'utérus, ce sont les trompes qui ont pu contracter des adhérences avec la paroi, venant ainsi compliquer l'opération (obs. V, VIII). Sérullaz dans sa thèse sur la *Cure radicale de l'éventration post-opératoire avec adhérence intestinale* (Lyon 1895), insiste longuement d'ailleurs sur ces faits. Ce n'est en général, que dans les plaies réunies par seconde intention beaucoup plus que dans les plaies aseptiquement cicatrisées que l'on rencontre ces adhérences ; il faut en effet un travail d'irritation quelconque pour amener l'intestin, l'épiploon, à adhérer au pourtour de l'orifice.

Le siège exact, dans la cicatrice, de l'éventration est essentiellement variable ; il peut en occuper la totalité ou une portion même très limitée seulement : nous verrons le rôle que le drainage simple en un point, ou que le Mikulicz peut avoir dans la pathogénie de l'éventration, et dans l'adhérence des organes sous-jacents.

Nous verrons dans le chapitre consacré au traitement ce qu'il convient de faire dans ces cas d'adhérences : notons encore que fréquemment les lésions de péritonite coïncident avec ces adhérences, surtout comme on le conçoit dans les plaies consécutives à

une intervention d'appendicite à chaud (obs. III-XV).

Dans l'éventration *libre*, tous les viscères abdominaux sont susceptibles de sortir de la cavité abdominale, épiploon, gros intestin et intestin grêle, estomac, utérus et foie. Exception doit être faite en ce qui concerne la rate, les reins, le pancréas, la vessie : la profondeur ou la fixité de ces organes l'explique suffisamment. D'après Chavannaz, c'est l'intestin grêle qui le plus souvent sort par la plaie tantôt seul, tantôt avec le colon ou l'épiploon.

La masse herniée peut être plus ou moins volumineuse, être grosse comme le poing, ou même comme une tête de fœtus (obs. V-VI.)

La longueur de l'intestin éviscéré est variable aussi, et dans les observations de Cestan et de Chavannaz, elle varie de 15 à 20 centimètres d'intestin grêle à 1 mètre et même 1 m. 50.

Les viscères herniés peuvent se présenter sous les aspects les plus divers ; parfois ils conservent leur apparence normale et leur surface est lisse et luisante, parfois les anses sont distendues et congestionnées, recouvertes d'un exsudat fibrineux, et parsemées de fausses membranes ; parfois la gaze du pansement est collée à l'intestin. « En déplaçant les viscères herniés, dit Chavannaz, on découvre l'orifice par lequel s'est faite l'éviscération. Cet orifice diffère suivant les cas par sa situation, ses dimensions, l'aspect et la nature de ses bords. »

Les bords de la plaie seront plus ou moins rouges,

tuméfiés, la peau pourra être œdématiée. S'il y a eu infection localisée, l'aspect sera celui d'une plaie suppurante, surtout au niveau des points de suture qui en sont le siège. S'il y a eu infection généralisée de la plaie, les bords de l'orifice seront grisâtres et atones. Ils pourront être déchirés, déchiquetés, sectionnés même par les fils, et présenter dans leur épaisseur des débris de catgut.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE.

Les auteurs ont longuement étudié les causes qui prédisposent aux éventrations et les déterminent, et de nombreux travaux ont déjà examiné ce côté de la question. Mais avant même de passer en revue les multiples pathogénies données, les différents facteurs qui jouent un rôle extrêmement inégal, nous tenons à dire de suite — avec notre maître M. Picqué — que la grande cause des éventrations post-opératoires tient à l'emploi du *catgut* qui ne conserve pas sa souplesse quand on le stérilise et devient, comme nous le verrons, *cas-sant*.

Nous réunirons dans ce chapitre les éventrations post-opératoires médianes et latérales, qui relèvent de causes semblables, et particulièrement de la cause que nous venons de dire, et chemin faisant nous noterons les quelques singularités propres à l'une ou à l'autre.

Les causes qui favorisent l'éventration post-opéra-

toire peuvent exister avant l'opération : ce sont de beaucoup les moins importantes. Elles peuvent tenir à l'opération elle-même : ce sont les vraies causes prédisposantes. Elles peuvent survenir après l'opération : ce sont les causes déterminantes.

I. — Causes favorables à l'éventration avant l'opération.

Nous serons bref sur cette partie — peu importante — de l'étiologie.

Sexe. — Les individus des deux sexes sont également exposés à l'éventration post-opératoire, et si on voit plus d'éventrations médianes chez la femme que chez l'homme, cela tient à la fréquence chez celle-là des affections intéressant les organes abdominaux et en particulier les organes génitaux et nécessitant une intervention par la voie haute.

Age. — L'âge n'a pas non plus une grande importance et c'est la plus grande fréquence des laparotomies entre 35 et 50 ans qui fait que les éventrations se rencontrent sans doute un peu plus souvent à cette période de la vie.

Profession. — Le travail pénible auquel se livrent certains opérés après leur guérison peut avoir une petite influence sur les éventrations tardives, si l'on en croit Chavannaz.

Distension de la paroi. — Cette cause était déjà invo-

quée par Wertheimer : souvent l'affaiblissement de la paroi est d'ordre mécanique : la sangle abdominale est forcée par des grossesses multiples, par une tumeur volumineuse : fibrome, kyste ovarien, parfois par une ascite abondante symptomatique d'un néoplasme utérin. C'est pourquoi Laroyenne reséquait systématiquement une parcelle de la paroi abdominale.

D'autres auteurs ont invoqué un mauvais état congénital de la ligne blanche ; Dunning faisait également jouer un rôle à la *syphilis* antérieure du sujet.

Adipose. — M. Ardle, chirurgien de l'hôpital Saint-Vincent de Dublin, incrimine l'abondance du tissu graisseux, dont l'éclatement cellulaire par les nœuds de suture s'oppose à la réunion de la paroi. « Pestalozza, dit la Torre, a vu une plaie cicatrisée en apparence se rompre chez une femme à paroi grasse. » D'après Tournemelle, chez certains sujets, le pannicule sous-cutané est si épais, que la graisse suinte au fond de la plaie. Dans ces conditions, étant donné l'existence d'espaces morts, il n'est pas rare d'observer l'éventration tardive.

Amaigrissement extrême. — La cachexie du sujet, d'après Martin, cité par Edebohls, amènerait une grande diminution du tissu musculaire et faciliterait ainsi l'éventration. Les troubles de la nutrition générale retentiraient sur les éléments de la paroi et, malgré le soin mis à faire la suture, la réunion serait néanmoins insuffisante.

La cachexie serait, pour Recours, une cause prédisposante importante des éventrations libres. Le plasma

sanguin chez les individus affaiblis a subi l'effet de la diathèse qu'ils portent en eux ; il ne contient plus tous les éléments nécessaires à la formation des tissus sains et à leur nutrition. Les éléments minéraux du sang ne se renouvelant qu'incomplètement, la constitution intime des tissus change, et ils deviennent incapables à la bonne réparation. Ils sont atones, friables, et manquent de plasticité ; ils sont incapables de s'opposer utilement à l'effort qui porte sur eux. La coaptation ne peut se faire entre les lèvres de la plaie et la cicatrice ainsi élaborée se trouve à la merci de toutes les causes qui peuvent modifier la tension abdominale.

Ainsi les causes générales antérieures à l'opération sans être absolument à dédaigner n'ont qu'une importance très secondaire dans la pathogénie des éven-trations post-opératoires. Nous n'insisterons pas davantage.

II. Causes inhérentes à l'opération.

Cette deuxième catégorie de causes prédisposantes joue un rôle considérable dans la production des éven-trations post-opératoires, d'autant qu'elle comprend la principale d'après nous, à savoir l'emploi du *catgut*. On a tour à tour invoqué :

Siège de l'incision. — Tournemelle dit que l'éven-tration est plus fréquente quand l'incision est latérale, comme dans l'appendicite, que quand elle est médiane,

comme dans l'hystérectomie abdominale, par exemple. Dans le premier cas les fibres musculaires coupées en travers s'affrontent difficilement. Dans le deuxième cas, l'incision sous-ombilicale allant jusqu'au pubis prédispose plus que l'incision haute, ce que Tournemelle attribue à l'augmentation de la pression abdominale à mesure qu'on se rapproche du pubis. Cependant Glénard invoque la destruction du muscle pyramidal, et Martinetti et Fasola attribuent ce fait aux mouvements de la vessie qui gênent le processus de réparation.

En réalité, d'après nous, l'incision classique de Roux ou de Jalaguier ne prédispose pas plus — peut-être même moins — à l'éventration que l'incision médiane, et si l'on consultait les statistiques, on ne trouverait pas plus d'éventrations dans les appendicites *non drainées* que dans les laparotomies médianes.

Longueur de l'incision. — Celle-ci est invoquée par Durand, par Boldt. Tournemelle, avec son maître Pozzi, lui attribue une certaine importance, et il préconise les incisions courtes, six à huit centimètres dans la mesure du possible, c'est-à-dire « chaque fois que la lésion sera dure, peu volumineuse et non suppurée », sinon la question du drainage à effectuer prime évidemment toute autre considération.

Si l'incision dépasse l'ombilic, il est préférable, à cause de la présence de la veine ombilicale, d'après Spencer Wells, de la faire passer à gauche.

Genre d'opération pratiquée. — Toutes les opérations au cours desquelles le chirurgien intéresse les divers

plans de la paroi abdominale, dit Chavannaz, peuvent conduire à l'éventration spontanée ou précoce ; l'opération pratiquée est donc tout à fait secondaire et la grande fréquence de l'éventration après l'appendicite et l'hystérectomie tient à ce que sont là les opérations de chirurgie abdominale les plus courantes, mais l'éventration peut succéder aux interventions abdominales les plus variées, depuis la plaie perforante de l'abdomen jusqu'à la péritonite tuberculeuse.

Défaut d'hémostase. — Une bonne cicatrice ne peut succéder qu'à une hémostase bien faite ; sinon on s'expose à la formation d'un hématome qui primitivement ou secondairement par infection vient distendre la cicatrice, dont la réunion par première intention est nécessaire pour qu'elle soit solide.

Tournemelle fait une distinction entre les hématomes profonds provenant soit d'une artériole qu'on aura seulement tordue, soit d'un suintement en nappe et qui peuvent atteindre le volume du poing, et les hématomes superficiels : ces derniers siégeant en avant du muscle seraient moins importants ; sous la peau suturée ils forment une saillie molle, rénitente, qui vers le sixième jour, devient violacée ; leur expression désunit seulement la peau partiellement, et s'il n'y a pas d'infection, la peau se réunit par seconde intention, ce qui n'empêche en rien la solidité de la cicatrice puisque le plan musculo-aponévrotique reste intact.

Au contraire les hématomes profonds, s'ils ne se résorbent pas, disloquent la suture et s'éliminent par

un trajet intermusculaire, chemin tout tracé pour l'éventration ultérieure.

Enfin l'hématome est tout destiné à suppurer, même si l'opération a été très aseptique, le sang constituant un excellent milieu de culture aux microbes presque inévitablement apportés au cours des pansements.

Infection. — Nous insisterons moins sur l'infection : un chirurgien propre et habile devra toujours l'éviter, et nous avons déjà parlé de l'infection consécutive à un hématome. L'infection de la paroi peut venir primitivement par une faute contre l'asepsie — et elle est évitable — ou secondairement, par l'oubli d'une pince ou d'une compresse, qui incombe donc au manque de conscience de l'opérateur, et sur laquelle nous n'insisterons pas. Disons seulement que les phlegmons qui envahissent toute l'épaisseur de la paroi sont beaucoup plus graves que les collections sous-cutanées bénignes qui prédisposent peu à l'éventration.

Drainage. — Le drainage par un tube de caoutchouc ou par un Mikulicz, doit nous arrêter un instant : il peut favoriser l'infection de la suture, le contact des mèches imbibées de pus exposant les fils les plus rapprochés à la suppuration.

D'autre part une plaie réunie incomplètement et laissant passage à un drain ou à un Mickulicz, se réunira ensuite par seconde intention, et donnera une cicatrice lente à se former, granuleuse, large et irrégulière. L'orifice laissé pour le passage du drain constituera jusqu'à restauration absolue un *locus minoris resistance*. Il est alors assez logique de concevoir que si la

pression abdominale vient à être augmentée, ce sera vers ce point faible que se porteront les viscères. Et c'est une des causes de l'éventration libre les plus incontestables.

Pour l'éviter, Tournemelle conseille d'isoler par un crin profond la zone dangereuse du reste de la plaie, et de faire autour du drain ou des mèches un pansement spécial.

C'est surtout dans l'appendicite aiguë opérée à chaud que les chirurgiens ont insisté sur l'importance du drainage dans la production des éventrations. Sans aller aussi loin que Tuffier pour qui, après l'ouverture des suppurations péri-appendiculaires, l'éventration ou la hernie est la règle, l'intégrité définitive de la paroi abdominale l'exception, Quénu admet que l'éventration après l'appendicite à chaud se voit dans un 1/10 des cas.

Reclus fait jouer au mode de suspension de l'intestin un rôle considérable et si le mésentère est court, l'éventration est bien moins facile. Roux (de Lausanne) a montré que l'*incision basse* prédispose bien moins à la hernie que l'incision haute, au-dessus de l'arcade de Fallope.

Chaput conseille pour éviter facilement l'éventration malgré le drainage, de suturer la plaie, lorsque les trajets ne suintent plus. Cette suture s'exécute facilement sans aucune anesthésie en prenant la précaution de ne rendre que les muscles, sans embrocher la peau.

EMPLOI DU CATGUT POUR LA SUTURE. — C'est là la cause prédisposante la plus importante de beaucoup,

et nous affirmerons avec notre maître M. Picqué, que la plupart des éventrations post-opératoires serait évitées, si l'on rejetait systématiquement l'emploi du catgut pour les sutures. Le catgut *se résorbe trop rapidement*, et d'autre part les procédés divers employés et préconisés pour la stérilisation le rendent presque toujours *cassant*. Sans doute, ce n'est plus parce qu'on ne peut obtenir du catgut aseptique, que nous reprenons pour notre compte le titre de la brochure publiée par Kocher il y a quelque vingt ans *A bas le catgut* et c'est ce chapitre de l'étiologie le plus important, laissé dans l'ombre par nos devanciers, qui nous a fait reprendre l'étude de la pathogénie et du traitement des éventrations post-opératoires.

a). — *Le catgut se résorbe trop rapidement.* — Ce fait n'est pas contestable ; le cas de Bazy, où huit mois après une suture de la paroi, pas un des catguts n'était résorbé, nous semble faire exception. Fauvel dit qu'au bout de deux ou trois mois, dans nombre de cas on retrouve des catguts non résorbés, mais jamais la totalité de ceux qu'on a employés ; enfin Ratchinsky prétend même avoir vu le catgut se résorber en trois jours. Le catgut, en outre, tient moins intimement le nœud que la soie, comme tous les opérateurs ont pu le remarquer.

b). — *Le catgut même le mieux stérilisé devient cassant.* — Cela tient sans doute en grande partie à la qualité du catgut dont on ne peut jamais être sûr ; mais le catgut idéal n'étant pas encore trouvé, c'est une rai-

son de plus pour l'abandonner. Ce qui prouve mieux que toute autre démonstration ce défaut de souplesse du catgut stérilisé, c'est le grand nombre de procédés préconisés pour obtenir du catgut à la fois stérile, souple et solide, et la multiplicité des méthodes encore employées à l'heure actuelle prouve qu'on n'en a pas encore trouvé qui remplisse ce rôle d'une façon absolument incontestable.

Doderlein et Mikulicz ont donné la technique la plus ancienne pour stériliser le catgut : le premier le plonge dans une solution d'acide chromique à 1/1000 et le stérilise pendant deux heures dans une étuve à 120° ; Mikulicz le stérilise d'abord à la glycérine phéniquée, puis dans une solution à 1/2 pour 100 d'acide chromique et le conserve dans l'alcool absolu. De même Brantz, Brunner, Partridge, Clinton, Curling ont inventé divers procédés de désinfection chimique. Mais dans tous ces cas, on obtient du catgut insuffisamment stérile et souple et ils doivent rester dans le domaine de l'histoire.

Lucas-Championnière a toujours préconisé et emploie encore un procédé suivant la méthode de Lister modifiée. Il fait macérer le catgut pendant cinq ou six mois dans une solution d'acide phénique cristallisé dans l'huile d'olive, puis l'immerge dans un bain d'essence de térébenthine, antiseptique puissant, assure l'asepsie du fil, en retire l'huile qui le graisse ; elle est très commode pour le transporter, car il est indifférent que le catgut y séjourne une heure ou huit jours. En le sortant de l'essence de térébenthine on le place au moment de l'opération dans un bain d'eau phéniqué à

1/20 comme faisait Lister. Il est tellement résorbable qu'il est inutile d'en varier le numéro.

L'antisepsie n'assure pas l'asepsie, la résorption peut être trop rapide, la souplesse est inconstante ; ce procédé n'a guère d'adepte que son auteur.

Il en est de même de celui de Pozzi : le catgut dégraissé à l'éther est stérilisé une heure à l'étuve sèche à 110° ; puis il est trempé dans une solution de sublimé à 1/1000 et maintenu dans l'essence oleum juniperus durant plusieurs semaines ; il en est alors retiré et conservé dans l'alcool rectifié, additionné d'un 1/10° d'essence de genévrier. Le catgut ainsi obtenu n'est pas absolument stérile et souple.

Répin imagina un mode de stérilisation qui constitue un réel progrès : le catgut est stérilisé dans la vapeur d'alcool anhydre à 120° et conservé ensuite dans des tubes fermés à la lampe, contenant quelques centimètres cubes de bouillon stérilisé. Ce procédé sert de contrôle et de garantie : si la stérilisation n'a pas été complète, le bouillon ne tarde pas à se troubler. Malheureusement, le catgut ainsi conservé est friable, et susceptible d'être souillé quand on casse les tubes.

La méthode de Bardy consiste dans la stérilisation sous pression de vapeur d'alcool et est encore la base de celles les plus employées actuellement.

Pour remédier à la sécheresse du catgut conservé dans l'alcool absolu, M. Legueu préconise l'emploi du tube imaginé par Robert : dans ce tube, à côté de l'alcool et du catgut, il y a une ampoule de verre qui contient de l'eau et celle-ci en se mélangeant à l'alcool en

fait de l'alcool à 90° ; la quantité est mesurée exactement pour donner à ce mélange le titre indiqué. M. Delbet objecte que le contact du catgut avec l'alcool à 90° est inconstant, car le mécanisme est incertain et qu'on risque de ne pas toujours avoir du catgut souple. Pour notre maître M. Picqué, la friabilité du catgut tient avant tout aux manipulations indispensables du dégraissage et de la dessiccation. Il résulte des expériences faites à son laboratoire et rapportées à la Société de Chirurgie, à la séance du 29 janvier 1902 que la résistance des catguts conservés dans l'alcool hydraté, dans l'alcool naphtolé est simplement apparente : ces fils glissent dans la main et ne permettent pas par suite d'exercer une traction supérieure à 4 ou 5 kilogrammes ; tandis que les fils stérilisés à l'alcool absolu permettent d'exercer une traction moyenne de 13 kilogrammes et même beaucoup supérieure si l'on n'était pas arrêté par la sensibilité de la peau.

Le procédé de Triollet cherche à répondre à l'idéal de la préparation d'un bon catgut, c'est-à-dire à obtenir la stérilisation en milieu aussi anhydre que possible, puis après refroidissement à hydrater secondairement le catgut pour le rendre souple tout en restant dans des conditions d'asepsie rigoureuse. On stérilise le catgut dans les vapeurs d'acétone et par un dispositif ingénieux il suffit de renverser le flacon pour assouplir le catgut en l'hydratant après refroidissement.

La multiplicité même des méthodes préconisées montre, comme nous l'avons déjà dit, que le catgut idéal, c'est-à-dire à la fois aseptique, souple et ne se résor-

bant pas trop vite, n'est pas encore trouvé, et sur un certain nombre d'échantillons obtenus par les différentes méthodes il y en a toujours de défectueux.

Mieux vaut donc renoncer au fil résorbable, au catgut. Ce changement dans le choix des sutures entraînera, comme nous le verrons en détail, au traitement, des modifications que nous n'hésitons pas à qualifier de salutaires dans la technique opératoire.

Si d'ailleurs nous nous reportons à l'enquête faite par Félice La Torre auprès d'un grand nombre de chirurgiens sur le meilleur mode de suture de la paroi, et rapportée au Congrès d'obstétrique de Genève en 1856, nous voyons que nombreux sont les chirurgiens qui, comme Durante, Chiarloin de Palerme, Engelhans, Murocco, attribuent l'éventration post-opératoire au catgut et qui, comme Dohrn, Balvy, Léopold, Mangiagalli, préfèrent la soie ou le crin de Florence (Byford, Martin, Schatz), ou le fil d'argent (Masa, Mathew, Péan, etc.). La soie, le crin de Florence, le fil d'argent sont en effet facilement stérilisables à l'autoclave; pour le crin de Florence, il faut en outre avoir soin de le laisser tremper quelque temps dans une solution phéniquée ou de sublimé pour l'assouplir.

Ces fils ne sont pas résorbables; de là la nécessité de ne pas les abandonner dans les parois, de là l'obligation, qui n'a pas d'inconvénient, et sur laquelle nous reviendrons, de rejeter la suture en étage pour ne pratiquer que la suture en masse.

Telles sont les multiples causes prédisposantes qu'on a invoquées pour les éventrations post-opératoires ;

elles ont une valeur bien inégale et de notre étude ressort ce fait bien net que *c'est à l'emploi du catgut qu'est dû le plus grand nombre d'éventrations*, que c'est en y renonçant *systematiquement* qu'on les évitera presque toujours.

Tant qu'on ne pourra avoir un critérium permettant d'affirmer la qualité du catgut avant toute manipulation, son emploi exposera aux pires inconvénients dans les sutures de la paroi abdominale.

III. — Causes déterminantes survenant après l'opération.

ABLATION PRÉMATURÉE DES FILS. — Elle appartient autant à l'ordre des causes prédisposantes et a une influence réelle. Pour Chavannaz elle a une importance considérable dans l'origine de l'éviscération post-opératoire spontanée, que nous appelons éventration libre. Autrefois on craignait de laisser longtemps les fils : vieille idée, qui était due à l'absence d'une asepsie rigoureuse ; et les fils très stériles ne déchirent certes pas la peau si on laisse en place non pas seulement huit, mais dix et même douze jours.

Les causes vraiment déterminantes sont celles qui viennent augmenter la tension de la paroi : Tourne-melle les résume en un mot : *l'effort*.

Ce sont des *efforts de vomissements* : la malade repla-

cée sur son lit est prise de hoquets et de vomissements pénibles, qui peuvent contribuer à la désunion ultérieure de la cicatrice ; d'où la nécessité de faire un pansement aussi serré que possible avec bandage maintenant bien l'abdomen..

Parfois aussi, surtout après l'anesthésie par l'éther, la malade peut être secouée par une *toux* opiniâtre, qui peut jouer un grand rôle par le même mécanisme.

D'autres malades sont *indociles*, *se lèvent* malgré les conseils du médecin : témoin le malade de Braquehay, dont Recours rapporte l'observation et qui se lève pour aller boire à la fontaine vingt heures après l'opération.

Parfois c'est l'*agitation* extrême qui fait faire aux malades des mouvements désordonnés ; et notre maître M. Picqué a pu observer des faits de ce genre chez des aliénés à l'asile Sainte-Anne.

C'est surtout dans la production de l'éventration libre qu'agissent ces différentes causes : parfois même l'effort continu de la *défécation* a pu amener la hernie de l'intestin à travers la plaie.

L'éventration tardive est souvent due à des efforts trop grands accomplis par les malades, et c'est pourquoi le port d'une ceinture abdominale toujours très utile, devient indispensable, comme nous verrons, comme moyen préventif contre l'éventration dans certaines professions. C'est ainsi même que Cestan rapporte l'observation d'une fermière, qui ayant subi une laparatomie deux ans auparavant, avait repris ses pénibles occupations et sentit un jour en soulevant un sac

pesant, un craquement au niveau du ventre, puis la sensation de quelque chose de fluide et de chaud qui lui glissait sur le haut des cuisses : c'étaient ses anses intestinales échappées à travers la rupture de sa cicatrice.

Nombreux sont d'ailleurs les cas où les malades font remonter à un effort précis le début de leur éventration post-opératoire. Mais il ne faut pas attacher à ces faits plus d'importance qu'on ne doit : *Pour que ces efforts aient une influence, il faut qu'il y ait d'autres causes en jeu, et c'est souvent encore l'emploi du catgut qui est là l'origine de toute éventration.*

Mentionnons enfin à titre documentaire, que certains états pathologiques, *l'ascite* au cours de la péritonite tuberculeuse, ont pu aider à la distension d'une cicatrice abdominale, et que les grossesses ultérieures répétées peuvent avoir une influence sur l'état des parois égale à celle des grossesses antérieures à toute intervention.

De ces considérations pathogéniques et étiologiques découlent donc des notions théoriques et pratiques permettant un traitement curatif et préventif judicieux des différentes éventrations post-opératoires.

CHAPITRE V

TRAITEMENT DES ÉVENTRATIONS POST-OPÉRATOIRES SOUS-CUTANÉES

ARTICLE I. — **Traitement de l'éventration médiane.**

1° TRAITEMENT PRÉVENTIF.

La grande indication, qui découle de notre étude pathogénique, consiste à *renoncer dans toute laparotomie à l'emploi du catgut* pour refaire la paroi, et par suite à rejeter la suture en étages si longtemps vantée. Si nous nous reportons à l'enquête de la Torre rapportée au Congrès de Genève de 1896, nous voyons que la plupart des chirurgiens à la suite de Pozzi, Quénu, Gérard-Marchant, préconisent nettement la suture en étages; néanmoins Duplay, Trélat, la rejettent systématiquement. Duhrsen, Martin, Le Bec, Le Dentu, font toujours la suture en masse. Nous ne voulons pas faire ici la critique de la suture en étages; sans doute

elle donne un affrontement aussi bon que possible des différents plans, et ce qui nous la fait rejeter, c'est la nécessité où elle contraint d'employer le catgut. D'ailleurs la suture en masse est tout aussi efficace; elle supprime les espaces morts; elle ne laisse dans la plaie aucun corps étranger. Pierre Delbet, dans des expériences rapportées par Dupont, montre qu'elle permet d'affronter excellemment les plans. « Une série de coupes faites sur des sujets congelés montre que les diverses plans de chaque lèvre de la plaie sont partout en contact avec les plans correspondants de la lèvre opposée, et qu'ils s'adossent sur toute la longueur de la suture, particulièrement le plan fibreux. » Delbet, Ricard, Routier, Picqué, Demoulin, pratiquent la suture en masse avec des fils de soie ou d'argent.

Une de nos observations (obs. I), vient singulièrement à l'appui de ce que nous avançons : une malade opérée à l'hôpital Saint-Louis par M. Demoulin, fit une éventration qui nécessita une deuxième intervention : ce fut le chirurgien de Boucicaut qui fit la cure radicale par la suture en trois plans au catgut, et à la suite de suppuration, nouvelle éventration. M. Demoulin, quelques mois après, intervint à nouveau, trouva des débris de catgut dans la paroi, et fit la suture en masse au fil d'argent; la guérison fut parfaite.

Nous dirons donc que la *suture en masse de la paroi constitue un des meilleurs moyens préventifs contre l'éventration.*

Le port de la *ceinture abdominale* après les laparotomies a également une importance indéniable, car elle

s'oppose autant que possible aux efforts exagérés qui contribuent à distendre la paroi.

Enfin auparavant on devra prendre toutes les précautions d'usage au moment du *pansement* : il faudra que celui-ci soit très matelassé et compressif immédiatement, d'où l'emploi indispensable de sous-cuisses. On devra également le surveiller tous les matins et le resserrer s'il y a lieu. On ne retirera les fils qu'après un temps raisonnable, et on ne craindra pas de les laisser dix à douze jours. On veillera également au moment des premières selles à ce que le malade ne fasse aucun effort exagéré.

2° TRAITEMENT CURATIF.

1° *Indications.* — Toutes les malades atteintes d'éventration ne doivent pas être opérées. Les éven-trations petites et indolores pourront être maintenues par un bandage bien approprié. Les sujets atteints d'une maladie organique quelconque, diabète, albumi-nurie, néphrite, sont exposés à ne tirer qu'un bénéfice extrêmement médiocre d'une intervention à laquelle on fera mieux dans bien des cas de renoncer.

Au contraire s'il s'agit d'hommes se livrant à des travaux pénibles, si l'éventration est volumineuse et douloureuse il faut opérer. Cette indication est d'autant plus impérieuse que souvent comme nous l'avons vu à l'anatomie pathologique, des adhérences épiploï-

ques ou intestinales se font à la paroi, causant de grands accidents au cours desquels l'opération faite d'urgence ferait courir plus de risques aux malades.

2° *Procédés opératoires.* — Nous ne reviendrons pas sur l'opération la plus ancienne, aujourd'hui presque oubliée, de Simon, dont on trouvera les détails dans le mémoire de Goullioud et qui consistait à refouler la hernie dans l'abdomen par invagination, puis à exciser le cul-de-sac cutané formé par l'invagination.

Méthodes extra-péritonéales.

Nous insisterons davantage sur la méthode de Chrobak qui consiste à restaurer la paroi sans ouvrir le péritoine, et qui peut avoir ses indications lorsque l'événtration est bien limitée, de peu d'étendue, et surtout lorsqu'on est certain qu'il n'y a aucune espèce d'adhérence douloureuse, ni épiploïque, ni viscérale, ni intestinale. Nous repousserons le procédé de Quénu basé sur cette méthode et qui consiste à inciser la peau, à ouvrir la gaine des droits, et à suturer successivement entre eux les gaines internes, les chefs musculaires, puis les gaines externes, car elle nécessite l'emploi du catgut et malgré les beaux succès qu'elle a donnés à son auteur, elle doit être réservée, à cause de l'incertitude de ces résultats. J. L. Faure a préconisé en 1858 un procédé qui consiste dans la réunion des deux grands droits et de leurs gaines par un surjet fait avec

une lanière aponévrotique taillée aux dépens de ces gaines. L'expérience nous manque pour la juger.

Récemment M. Le Fort, au Congrès de Rouen de 1904, a préconisé l'emploi d'une méthode qui consiste essentiellement dans la superposition des deux muscles grands droits dans une gaine commune. Cette suture se fait par temps successifs, à l'aide de catguts abandonnés et les trois cas rapportés par l'auteur ne sont pas suffisants à l'imposer.

Méthodes intra-péritonéales.

Elles consistent essentiellement dans l'ouverture du péritoine pour réséquer le sac et s'appliquent au plus grand nombre de cas. Nous n'insisterons pas sur les différents procédés publiés, qu'on trouvera tout au long dans la thèse de Cange.

Maas, en 1884, ouvrit le péritoine, refoula l'intestin puis sutura successivement les lèvres de la brèche péritonéale, les muscles sans s'occuper des gaines, puis la peau : l'éventration récidiva.

Maydl en 1886, à la clinique du professeur Albert de Vienne, employa une méthode analogue, mais très supérieure, car il suturait successivement le péritoine, les gaines postérieures, les chefs musculaires, les gaines antérieures, et la peau. Czerny de Heidelberg en employant cette technique eut d'heureux résultats.

Tous les procédés de cette nature emploient la suture

en étages, c'est pourquoi nous ne ferons que mentionner les variantes de Depage et Rouffart de Bruxelles qui résèquent une partie de la ligne blanche, de Demons qui crée cinq plans de suture, de la Torre qui après Condamin combine la suture des muscles droits avivés et l'excision de la ligne blanche.

Pour nous la méthode de choix consiste dans la réfection de la paroi *en masse* avec un fil non résorbable, et, après avoir rappelé la technique du professeur Le Dentu, nous donnerons avec quelques détails celle employée dorénavant par notre maître M. Picqué, et notamment par MM. Routier, Delbet, Demoulin.

Procédé Le Dentu. — En 1890, le professeur Le Dentu a opéré une jeune femme de 29 ans, atteinte d'éventration à la suite de plusieurs grossesses par le procédé suivant décrit dans la thèse de Cange.

Après incision sus-ombilicale sur la ligne médiane, il glisse la main pour se rendre compte de l'épaisseur de la paroi, et introduit sous elle une éponge plate pour repousser et protéger les intestins.

Il pratique ensuite une seconde incision elliptique commençant par en bas et intéressant tous les plans de la paroi abdominale, peau, tissu cellulaire, aponévrose, muscle et péritoine, de telle façon que le segment de paroi abdominale à enlever représente une sorte de losange régulier étendu du pubis à la région épigastrique. Cette incision est pratiquée en quatre temps. Dans chaque temps l'incision n'intéresse qu'une hauteur de quelques centimètres, et dans chaque temps avant de poursuivre, on pratique la suture en masse

de la portion de paroi intéressée en passant entre les deux lèvres de l'incision symétriques de chaque côté de la ligne médiane, des fils d'argent assez forts. On fit cinquante points de suture qui furent enlevés douze jours après l'opération dont les suites ont été excellentes.

*Technique de la cure radicale des éventrations
post-opératoires.*

a). — S'il y a infection locale de la cicatrice, il faut commencer par la désinfecter et la cautériser énergiquement à l'aide de teinture d'iode.

b). — On désunit la totalité de la cicatrice par une incision elliptique allant de l'angle supérieur à l'angle inférieur pour en permettre l'excision totale.

c). — On ouvre le péritoine en dehors, prudemment, pour éviter plus sûrement les adhérences (intestin, épiploon, utérus ou annexes); on décolle toutes les adhérences prudemment et on fait une hémostase soignée des parties saignantes, thermo-cautère sur l'intestin, ligatures abandonnées sur l'épiploon. On protège auparavant l'intestin à l'aide de grandes compresses, et on place la malade dans la position déclive qui facilite singulièrement les procédés de l'opération,

d). — Le péritoine bien isolé est réséqué s'il est nécessaire sur une petite largeur, mais dans toute la hauteur.

e). — On isole par une dissection prudente les gaines

postérieures, les chefs musculaires, les gaines antérieures.

f). — On fait alors à la soie, ou, si l'écartement est trop considérable, au fil d'argent, des points séparés suffisamment rapprochés et espacés pour permettre une bonne réunion. Chaque point prendra en masse le péritoine, les deux gaines et le muscle, le tissu cellulaire et la peau, qu'il sera facile de repérer à l'aide des pinces placées sur les différents plans lors de la dissection. On serre les fils de façon convenable, de façon à faire un affrontement aussi linéaire et aussi méthodique que possible.

g). — Le pansement aura une grande importance ; on mettra une quantité de gaze aseptique et de coton hydrophile suffisante pour qu'il soit bien compressif, et on le serrera autant qu'il sera possible en le tenant encore à l'aide de sous-cuisses.

e). — Les soins post-opératoires ne seront pas un instant négligés ; on luttera par des calmants contre les efforts de vomissements, on placera, en cas de gaz, une sonde dans le rectum, et on facilitera autant que possible les évacuations intestinales.

h). — Le pansement sera surveillé chaque jour, et réservé autant qu'il est nécessaire. A moins d'indication fournie par la température, on ne le lèvera que le douzième jour et on enlèvera à cette date seulement les fils.

i). — La malade gardera un bandage compressif jusqu'à sa sortie de l'hôpital et le remplacera à cette épo-

que par une *ceinture abdominale bien conditionnée* qu'elle ne quittera plus au moins pendant un an.

Ainsi comprise l'opération donnera les résultats les plus satisfaisants. Elle peut présenter des difficultés particulières tenant surtout à l'étendue et à l'intimité possible des adhérences intestinales qu'on aura la plus grande peine à rompre. Parfois même il sera presque impossible d'éviter de léser l'intestin ; mais par une suture immédiate et bien faite, la grande cavité devant toujours être bien protégée, on évitera le plus souvent les accidents post-opératoires (obs. VI, VII).

Il vaut toujours mieux, et cela ressort de notre chapitre étiologique, se passer de drainage ; mais toutes les fois qu'on a le moindre doute, il faut y recourir : en se servant d'un tube de calibre moyen et en le laissant le minimum de temps nécessaire, on ne compromettra en rien la guérison ultérieure.

ARTICLE II. — **Traitement de l'éventration post-opératoire sous-cutanée latérale.**

1° TRAITEMENT PRÉVENTIF.

Dans ses principes généraux, il diffère peu du traitement préventif des éventrations médianes, et les indications générales que nous avons données pourraient être répétées ici.

Ce sont surtout les appendicites à chaud qui, néces-

sitant le drainage, occasionnent l'éventration post-opératoire et les interventionnistes à froid se servent beaucoup de cet argument. Nous dirons, avec les opportunistes, que l'appendicite nécessite dans des cas déterminés l'intervention à chaud, et dans ce cas on peut éviter partiellement l'éventration post-opératoire.

Chaput conseille pour cela de suturer les plaies lorsque les trajets ne suintent plus. Cette suture s'exécute facilement, sans aucune anesthésie, en prenant la précaution de ne prendre que les muscles sans embrocher la peau.

Roux a montré que l'incision basse prédispose bien plus à la hernie de l'intestin que l'incision haute, très au-dessus de l'arcade de Faloppe.

Notre maître M. Picqué, suivi en cela par Sonnenburg, conseille de faire systématiquement dans l'appendicite l'incision parallèle à l'épine iliaque antérieure et supérieure. On refait ainsi une paroi très solide. Il faut également faire le pansement d'une certaine façon, bourrer de compresses les plaies opératoires pour refouler l'intestin autant que possible et ne les retirer que peu à peu. C'est ce que Sonnenburg appelle la *tamponnade*.

Dans l'appendicite à froid, la suture en un plan de la paroi, l'incision de Roux, le port d'une ceinture prémunissent suffisamment contre l'éventration pour qu'elle devienne l'exception.

2° TRAITEMENT CURATIF.

Nous ne reviendrons pas ici sur les détails de technique qui ne varient pas de ceux donnés tout au long pour l'éventration médiane. La cicatrice est ici bien plus petite, les adhérences moins difficiles à rompre, et la suture en un plan permettra la restauration complète.

Disons d'ailleurs qu'après l'opération d'appendicite l'éventration secondaire est bien moins souvent justifiable d'une nouvelle intervention. Elle est bien plus limitée, elle cause une gêne moins considérable, est le plus souvent indolore, et le port d'une ceinture munie d'une petite pelote s'adaptant exactement à la partie éventrée, suffit le plus souvent à maintenir suffisamment la cicatrice.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT DES ÉVENTRATIONS POST-OPÉRATOIRES LIBRES

1° Traitement préventif.

Là encore la suture en un plan est le meilleur moyen préventif. Si nous nous reportons à la thèse de Recours, nous voyons que sur 35 éventrations spontanées, 9 fois seulement on avait fait la suture en un plan, et 26 fois la suture en étages, c'est-à-dire dans les $\frac{3}{4}$ des cas environ.

Recours insiste sur le soin qu'il y a à bien surveiller le malade, à l'empêcher de se lever ou de s'agiter après l'opération et surtout à lutter intelligemment contre les effets de l'opération susceptibles d'augmenter la tension abdominale : l'intestin sera mis au repos par l'administration de l'opium sous forme d'extrait thé-

baïque; « toute nourriture solide sera formellement interdite après la laparotomie, pendant au moins quarante-huit heures; seuls les liquides pourront être permis et encore en très petite quantité. Dans les quelques heures qui suivront immédiatement l'intervention quelques petits morceaux de glace aideront à tromper la soif ardente dont est atteint tout individu qui vient de subir le shock opératoire. »

On relèvera l'état général du malade, pour permettre à son organisme de lutter efficacement contre les causes d'infection : les injections de sérum artificiel remplissent ce but. Enfin on aura grand soin de ne pas retirer trop vite les sutures : le catgut risque de se résorber trop tôt, et avec la soie ou le fil d'argent, on pourra toujours laisser les fils douze jours.

Le port ultérieur d'une ceinture évitera les éviscérations tardives par rupture de la cicatrice.

2° Traitement curatif.

Quelle que soit la cause qui ait amené l'éviscération, que cette dernière soit précoce ou tardive, le premier soin du chirurgien sera d'isoler la partie herniée, soit du pansement plus ou moins souillé qui la maintient, soit de la peau sur laquelle elle est étalée, soit des linges ou des vêtements qui servent à la soutenir, soit des draps de lit sur lesquels elle repose : pour cela

on l'entourera de compresses et de serviettes aseptiques.

L'anesthésie générale ne sera pratiquée que si le sujet est bien en état de la supporter : d'ailleurs, comme le fait remarquer Chaput pour les appendicites aiguës, la suture des masses musculaires est à peine douloureuses si l'on n'embroche pas la peau.

On placera ensuite la malade en position déclive et on procèdera alors à la toilette des parties éviscérées. Lejars conseille d'agir de la façon suivante : « Répérez le péritoine avec des pinces, et poursuivez ce repérage tout le long des deux lèvres ; en attirant au dehors le péritoine pariétal ainsi amarré vous créez un entonnoir séreux, une double surface lisse qui facilite beaucoup le glissement en retour de l'intestin. N'exercez pas sur la masse herniée ces pressions irrégulières qui contusionnent sans résultat : on peut réduire par le taxis classique une anse échappée d'une plaie étroite qui forme collet ; dans une plaie large, lors d'éventrations véritables, il faut agir autrement. Étalez une grande compresse aseptique sur la masse herniée, faites-en glisser soigneusement les bords sous les lèvres de la plaie, en les refoulant le plus loin possible et en ourlant de la sorte sur tout son pour tour le paquet à réduire ; puis, appliquant les deux mains sur la compresse enveloppante pressez en masse ; pendant que vos doigts, en vedette sur les bords, ramènent et repoussent les anses qui se dérobent. Si vous avez un bon aide, il écartera puis il soulèvera les deux bords de la

fente à mesure que la masse se réduira sous la compression.

Une fois que tout est rentré, vous laissez en place la compresse qu'une pince retient et signale pendant la réunion de la paroi. »

Cette technique permet la réduction dans la plupart des cas. Pour la désinfection des viscères, plusieurs cas peuvent se présenter :

Ou bien c'est une plaie aseptique qui s'est rompue dans le pansement : dans ce cas après avoir bien lavé les viscères sortis de l'abdomen avec de l'eau bouillie, ou des antiseptiques faibles, on les réduira et on fera la suture en masse sans drainage ;

Ou bien la plaie s'est rouverte par suite de suppuration : on fera le lavage soigné de l'intestin hors du ventre, en veillant à ce que les liquides employés ne pénètrent pas dans la cavité abdominale, et pour cela on garnira le pédicule avec une série de compresses sèches. L'intestin et la tranche pariétale désinfectés, on opérera la réduction, on placera, comme le recommande Tournemelle, l'épiploon devant les viscères pour les garantir, lorsque cela est possible, et on fera la suture en masse, en ayant soin de placer en bonne position un drain suffisant, car le danger de péritonite prime l'éventration.

Ou bien la suture sera impossible, comme dans le cas où il s'agit de péritonite tuberculeuse et où il y a un semis de tubercules trop abondants sur le péritoine ou dans les cas où la suppuration est trop abondante.

On substituera alors le tamponnement à la suture : Vanverts et Bloch ont pu obtenir par cette méthode des résultats satisfaisants, et Le Bec vit même la cicatrisation se faire spontanément dans un cas de péritonite tuberculeuse, où la mort s'ensuivit et où à l'autopsie on trouva une mince cicatrice blanche de l'épaisseur d'une feuille de papier fort.

En somme dans l'éventration aiguë, comme dans l'éventration chronique, c'est encore la suture en masse à l'aide de fils non résorbables qui donne de beaucoup les meilleurs résultats.

OBSERVATIONS

I. — Eventration sous-cutanée médiane.

OBSERVATION I (inédite).

Hôpital Saint-Louis. Service de M. A. MARCHAND, remplacé par le Dr DEMOULIN. Due à l'obligeance de M. DEMOULIN, qui nous a fourni les notes prises par lui-même.

Dans les derniers jours de septembre 1895, je fus appelé comme chirurgien de garde à l'hôpital Saint-Louis pour une femme de 30 ans, Kr... Henriette, artiste lyrique, qui venait de recevoir de son amant sept coups de revolver. Les uns portèrent sur la cuisse gauche, d'autres sur la partie moyenne du bord postérieur du sterno-cleido mastoïdien près du paquet carotidien. Ces balles ne donnèrent lieu à aucun symptôme alarmant. Mais l'un d'eux, le seul dont je voulus m'occuper tout d'abord intéressait l'abdomen. En présence des signes observés je décidai immédiatement la laparotomie. Elle était justifiée puisqu'à l'ouverture du péritoine, il s'écoula une assez grande quantité

de matières fécales liquides, dues, ainsi que le démontra l'opération, à ce que la blessée présentait quatre perforations de l'intestin grêle assez rapprochées les unes des autres. Ces perforations furent suturées, mais en raison de l'infection du péritoine par le liquide écoulé, la paroi abdominale qui avait été incisée sur la ligne médiane de la symphyse pubienne jusqu'à un point situé à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde, fut suturée dans sa partie supérieure, mais laissée largement ouverte dans sa partie inférieure pour donner passage à deux gros drains et à deux grosses mèches de gaze iodoformée.

Malgré la gravité des lésions et l'infection du péritoine, la malade voulut bien guérir et quitter l'hôpital au bout de six semaines.

En 1897, à l'hôpital Tenon, Henriette K..., revenait me voir avec une éventration s'étendant sur toute la longueur de la cicatrice. Cependant jusqu'en 1899 elle se contenta du port d'une ceinture. A cette époque, voyant son éventration augmenter (on sentait nettement l'intestin sous la peau), elle entra à l'hôpital Boucicaut où la paroi abdominale fut restaurée par G. Marchant qui fit la suture à trois plans, les deux superficiels à la soie, le plus profond au catgut. Tout marcha à souhait après cette opération et la malade sortait au bout d'un mois avec une cicatrice paraissant dans les meilleures conditions. L'éventration n'existait plus.

Un mois environ après sa sortie de l'hôpital (nous sommes toujours en 1899), elle vint me trouver à ma consultation parce que, disait-elle, les choses étaient revenues au même état qu'avant l'intervention. L'examen me montra qu'il s'agissait d'une collection fluctuante de la paroi abdominale siégeant

au dessous et au pourtour de l'ombilic. Je l'ouvris et il s'écoula environ un litre d'un liquide roussâtre ayant l'odeur intestinale, à tel point que je pensai, bien à tort d'ailleurs, qu'un fil antérieurement placé dans le plan profond de la paroi avait compris dans son anse une portion de l'intestin et qu'il y avait fistule intestinale. Je fis rentrer la malade dans le service de M. G. Marchant où je pus constater qu'il n'y avait pas trace de fistule intestinale, puisqu'après l'ouverture de la collection, l'écoulement se tarit dans les jours suivants. Mais il nous fut facile de constater pendant le séjour de la malade à l'hôpital que les muscles grands droits et leur aponévrose n'étaient point restés réunis et que l'événtration s'était reproduite.

J'ouvris alors largement la cicatrice ancienne et retirai les fils de soie qui presque tous étaient restés adhérents au bord interne du muscle grand droit du côté gauche. Je les enlevai et pansai antiseptiquement, dans les jours suivants, la plaie abdominale, l'intestin n'étant recouvert que par le péritoine épaissi. Quand je jugeai la plaie aussi désinfectée que possible, quand je vis les tissus (muscles et aponévroses) commencer à se recouvrir de granulations rosées, je fis un avivement, dans une séance opératoire ultérieure, des muscles, de leur aponévrose et de la peau (je n'ouvris pas le péritoine), et je fermai la plaie ainsi avivée par un seul plan de sutures au fil d'argent. Les suites opératoires furent des plus simples. J'enlevai les fils au dixième jour ; la réunion était complète.

J'ai présenté à la Société de Chirurgie cette malade, à la fin de 1899, six mois environ après l'intervention. Le résultat obtenu s'était maintenu. La cicatrice était bonne et solide au dessous de l'ombilic, un peu faible au niveau de l'ombilic et dans

a partie sus-ombilicale, sans qu'on puisse dire que l'éventrat on s'était reproduite.

J'ai revu la malade à différentes reprises jusqu'à la fin de l'année 1902 et le résultat constaté à la fin de 1899 s'était maintenu. Il est bon de faire remarquer que cette femme, quoique vigoureusement constituée, avait eu sept enfants et que sa paroi abdominale était flasque, distendue et de mauvaise qualité.

OBSERVATION II (*personnelle*).

D... Emilie, 51 ans, entre le 10 octobre 1904 à l'hôpital Bichat, dans le service de notre maître le Dr Picqué.

Elle a été opérée il y a quinze ans d'un fibrome par celui-ci.

Elle se plaint de douleurs abdominales.

Au repos, la cicatrice ne présente rien d'anormal et n'est pas distendue. L'examen et le toucher bi-manuel ne montrent l'existence d'aucune lésion dans le petit bassin.

En palpant la cicatrice on perçoit à la partie inférieure un léger frémissément intestinal qui montre la présence de l'éventration : on sent un petit orifice entre les droits, qui devient saillant au moindre effort de la malade.

Opération le 13 octobre. — Incision au niveau de l'extrémité inférieure de la cicatrice : on découvre un petit orifice qui permet de pénétrer dans un sac étalé et très étendu jusqu'au pubis ; ce sac contient de l'épiploon très adhérent. Il n'y a pas d'intestin au moment de l'intervention.

L'épiploon est détaché et réintégré dans le ventre.

Le sac est réséqué dans les portions adjacentes à l'orifice, et celui-ci est détruit.

Deux plans de suture : 1° points séparés à la soie prenant en masse, tous les plans moins la peau ;

2° Crins de Florence à la peau.

On fait pendant 48 heures un drainage modéré.

Suites opératoires excellentes.

OBSERVATION III (*personnelle*).

L... Léontine, 23 ans, entre le 7 octobre 1904 à l'hôpital Bichat.

Elle a été opérée il y a trois ans de péritonite généralisée, et présente une éventration totale. Au moindre effort la cicatrice est distendue dans toute sa hauteur.

Opération le 11 octobre. — Incision sur toute la longueur de la cicatrice. On tombe dans une cavité contenant du liquide, et on croit avoir ouvert la vessie ; mais on constate que la sonde urétrale n'y pénètre pas.

On reconnaît qu'il s'agit d'une cavité formée par des adhérences épiploïques : il s'agit d'un foyer de péritonite séreuse.

Toutes les adhérences étant détachées, on pénètre dans la cavité péritonéale.

Réséction d'une notable partie de l'épiploon. Les parois sont séparées comme à l'habitude, les angles bien libérés.

On constate un écartement considérable des muscles.

On prend les plans en masse, sauf la peau, par des points séparés à la soie, on draine à la partie inférieure, on suture la peau aux crins de Florence, après en avoir réséqué un grand lambeau.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION IV (*personnelle*).

B... Marie a été opérée dans le service du Dr Picqué le 18 février 1904 pour fibrome (hystérectomie abdominale totale), elle est sortie le 11 mars pour aller au Vésinet, et elle dit que son éventration a commencé pendant son séjour. Mais elle n'est diagnostiquée effectivement qu'à sa nouvelle entrée à l'hôpital Bichat, le 6 juillet.

On constate une éventration totale : toute la cicatrice est soulevée au moindre effort et la main, de champ, sent facilement les cordes formées de chaque côté par les grands droits.

Opération le 12 juillet. — Incision de la totalité de la cicatrice. Les plans sont recherchés par le procédé habituel.

Six points de suture séparés, à la soie, réunissent les grands droits pris en masse avec leurs aponévroses.

On fait auparavant une résection peu étendue du feuillet péritonéal, où l'on remarquait déjà une ébauche d'adhérences péritonéales, les anses intestinales restant libres.

La peau est réunie au crin de Florence sans être réséquée.

Pendant l'opération, il y eut une alerte chloroformique

importante qui nécessita plus de cinq minutes de respiration artificielle.

Suites opératoires néanmoins très bonnes.

OBSERVATION V (*personnelle*).

O... Joséphine, âgée de 43 ans, a été opérée d'un fibrome il y a quatre ans par le Dr Chaput; elle n'a jamais porté de ceinture.

Un mois après la guérison, a commencé à se former l'éventration, qui au bout de trois mois avait ses dimensions actuelles.

Depuis huit jours, elle tend à s'ulcérer et suppure enfin, ce qui décide la malade à entrer à l'hôpital.

La cicatrice dans sa moitié inférieure, est le siège d'une distension arrondie dans laquelle s'engage l'intestin sous l'influence du moindre effort. Réductibilité en apparence complète. L'intestin réduit permet d'engager le doigt dans l'orifice herniaire assez large.

Opération le 13 juin 1904. — Incision médiane. Résection de toute la partie saillante du renflement cutané, laquelle présente une ulcération arrondie.

On arrive facilement à la cavité du sac : une petite adhérence intestinale est aisément détachée avec les ciseaux.

Il existe plusieurs adhérences épiploïques difficiles à séparer de la paroi. On y trouve encore adhérente la corne utérine gauche.

La séparation peu aisée de la paroi et du péritoine opérée, l'orifice est reconstitué avec ses différents plans bien séparés.

Trois points de suture à la soie prennent en masse muscles, aponévroses et ferment complètement cet orifice.

Suture de la peau au crin de Florence.

Suites opératoires excellentes ; la malade sort guérie le 10 juillet, porteuse d'une ceinture abdominale.

OBSERVATION VI (*personnelle*).

Éventration post-opératoire avec adhérences intestinales.

G... Jeanne, âgée de 52 ans, opérée il y a trois ans de fibrome, entre le 17 juin 1904 à l'hôpital Bichat, pour une énorme éventration de la cicatrice, formant une tumeur du volume du poing facilement réductible.

Opération le 20 juin. — Incision sur le sommet de la tumeur.

On entre facilement dans le sac. On constate alors qu'il existe une anse intestinale qui fait saillie dans l'orifice. Cet orifice permet aisément l'introduction de deux doigts.

Au moment de la libération de la paroi, une anse intestinale adhérente à l'angle supérieur de la plaie se trouve atteinte par le bistouri ; on détache l'adhérence et une suture en bourse de l'intestin est opérée.

Le péritoine est sectionné au niveau du collet du sac, et les différents plans de la paroi étant mis à découvert, quatre points

de suture à la soie sont placés sur les muscles et aponévroses pris en masse. La peau est ensuite suturée à part avec des crins de Florence.

Suites opératoires simples : la malade va à la selle normalement dès le sixième jour, et sort au bout d'un mois.

OBSERVATION VII (*résumée*)

(*in thèse VANSCHENGEL*).

Éventration post-opératoire avec adhérences intestinales.

Victorine C... entre à l'hôpital Saint-Sauveur le 4 mars 1897.

En 1890, étant atteinte de salpingo-ovarite double, elle fut opérée par Terrillon qui fit l'hystérectomie abdominale. L'opération fut laborieuse : la suture de la paroi fut faite de la façon courante à l'époque : suture en surjet du péritoine, points profonds intermédiaires, suture de la peau au crin de Florence.

Elle revient actuellement avec une éventration très prononcée datant d'un an : son ventre est tombant et elle demande à être opérée. On peut pour ainsi dire plonger les deux mains dans le ventre à travers une boutonnière entr'ouverte dont les deux trous sont représentés par les muscles grands droits. L'écartement mesure environ 10 centimètres en longueur, 5 à 6 centimètres en largeur, et s'étend de l'ombilic à trois travers de doigt du pubis.

Pas de trouble fonctionnel.

Opération le 10 mars. — Le professeur Folet incise sur l'an-

cienne cicatrice et, les deux lèvres écartées, on voit à la grande stupéfaction l'intestin ouvert sur une longueur de 6 centimètres, sans qu'on ait pu diagnostiquer son adhérence.

La suture de l'anse étant très difficile à cause de la friabilité on rétablit la continuité de l'intestin avec le bouton de Murphy. Puis on fait un surjet au péritoine. On fait des points séparés au crin sur les muscles et l'aponévrose pris en masse.

Malgré les craintes inspirées par l'opération, la malade sort guérie le 20 avril: elle portera une ceinture abdominale.

OBSERVATION VIII (*Personnelle*).

**Éventration après laparotomie pour kyste hydatique du foie. —
Adhérence du foie.**

D... Berthe, 33 ans, a été opérée pour kyste hydatique du foie en 1903 par M. Gérard-Marchant. Elle a subi une laparotomie médiane, d'une longueur de 8 centimètres avec suture de la paroi en trois plans au catgut, suivant la technique habituelle de ce chirurgien.

Six mois après l'opération, qui avait réussi au mieux (réunion par première intention sans suppuration), la malade s'aperçoit que quand elle tousse la cicatrice se distend; la gêne étant minime, elle ne s'en préoccupe pas d'abord.

Le 2 décembre 1904, elle se décide à rentrer à l'hôpital Boucicaut, pour se faire opérer par M. Demoulin: l'éventration

est alors des plus nettes : on sent l'écartement des muscles sur toute la hauteur de la cicatrice.

Le 13 décembre 1904, cure radicale de l'éventration : on incise la cicatrice sur toute la hauteur, on ouvre le péritoine et on résèque une petite adhérence du bord antérieur du foie, ce qui est d'ailleurs très facile.

Suture de la paroi en masse par des points séparés au fil d'argent. Guérison.

La malade sort le 12 janvier 1904 et portera pendant un an un bandage abdominal.

OBSERVATION IX (*In thèse DUPONT*).

Laparotomie pour kyste hydatique du foie. Éventration.

C... Antoine, 34 ans, cocher, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 2 mai 1892 pour un kyste hydatique du foie datant de dix-huit mois.

Le 4 mai. — M. Le Bec lui fit la marsupialisation de son kyste.

Sorti le 13 août, avec une petite fistule, il fut obligé de rentrer en octobre, parce que sa fistule donnait lieu à un écoulement plus abondant. M. Le Bec dilata l'orifice, puis il fit des injections de teinture d'iode et la fistule guérit.

Le malade sortit le 3 décembre 1892. Quelques jours avant son départ, il s'était aperçu de l'apparition d'une petite grosseur à gauche de la cicatrice, entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic.

Sans être trop douloureuse au repos, cette tumeur le gênait pour un travail régulier, et il réclama l'opération.

M. Le Bec fit donc le 24 février 1892, à la cocaïne, le malade ayant refusé le chloroforme, une incision dans l'axe de la tumeur, à peu près sur la ligne médiane.

Cette incision, de six à huit centimètres, conduisit dans une petite cavité cloisonnée dans laquelle s'engageait et adhérait l'épiploon, au bord de la cicatrice du foie, autour d'un petit anneau fibreux analogue à l'ombilic. Débridement de la partie gauche de l'incision par un coup de ciseaux, sur une longueur de deux centimètres. Section des adhérences. Suture en *masse* au crin de Florence de la paroi abdominale. Affrontement du péritoine et du plan fibreux avec deux pinces tenues par un aide. Deux points de suture sur la branche latérale, cinq points sur la branche médiane de l'incision, trois points superficiels. Pansement à l'iodoforme. Réunion par première intention. Les fils sont enlevés le neuvième jour.

II. — Événtration sous-cutanée latérale.

OBSERVATION X (*Personnelle*).

N... Jeanne, 23 ans, a été opérée en janvier 1899 pour appendicite à l'hôpital Lariboisière et a porté pendant cinq mois une ceinture abdominale.

Elle entre le 3 février 1904 à l'hôpital Bichat pour éventration survenue un an après l'opération. A l'examen de l'abdo-

men, on voit nettement en faisant tousser la malade, la cicatrice de la première opération (où l'on a pratiqué l'incision de Roux) soulevée par les viscères sous-jacents, et à la palpation on constate l'écartement des muscles. A la partie supérieure de la cicatrice, on voit les traces d'un Mikulicz, ce qui indique qu'il y a eu drainage, et d'ailleurs la malade raconte que sa plaie a suppuré.

Le 5 février. — Opération sous chloroforme. La cicatrice incisée, on voit que l'éventration offre la forme d'un angle aigu à sommet inférieur formé par l'écartement des muscles de la paroi latérale de l'abdomen.

On prend en masse les fibres musculaires et les aponévroses par trois points séparés à la soie.

Réunion de la peau par des crins de Florence.

Suites opératoires et résultat parfaits.

OBSERVATION XI (*Personnelle*).

(Due à l'obligeance de M. KAUFFMANN, interne des hôpitaux.)

Eugène T..., 21 ans, peintre, entre à l'hôpital Broussais le 3 juin 1903.

Ce malade a été opéré en février 1902 d'une appendicite à froid à Tours. Il n'a pas été drainé, il n'a pas suppuré et cependant dès le mois d'août de la même année il a constaté, sans se rappeler avoir fait un grand effort, que sa cicatrice s'est peu à peu distendue, et il entre pour une éventration qu'il

désire faire opérer. On constate à la partie supérieure de sa cicatrice sur une longueur de 4 centimètres un lieu de moindre résistance, que les viscères distendent à la toux.

Opération le 5 juin. — Suture en masse au fil d'argent. Suites opératoires excellentes.

OBSERVATION XII (*Personnelle*).

C... Pierre, 30 ans, cocher est opéré d'appendicite à froid en mai 1904 à l'hôpital Lariboisière par le Dr Souligoux ; il avait eu sept crises antérieures. On fait l'incision de Jalaguier, et devant l'état de l'appendice, on laisse un petit drain pendant cinq jours. Il n'y eut aucune suppuration, et le malade sort guéri dans les premiers jours de juin ; la suture de la paroi avait été faite en trois plans, au catgut.

Nous voyons le malade en novembre 1904 à l'hôpital Tenon où il est soigné pour bronchite, et nous constatons une éventration post-opératoire très nette survenue depuis un an. A chaque toux, la masse sous-jacente vient faire véritablement hernie sur les deux tiers inférieurs de la cicatrice.

Nous pensons que le mode de suture a agi, autant que le drainage, comme cause prédisposante de l'éventration.

III. — Événtration libre.

OBSERVATION XIII (*Personnelle*).

Double événtration libre, l'une traumatique, l'autre post-opératoire.

J... Joséphine, 19 ans, entre à l'hôpital Bichat dans le service du Dr Piqué, par urgence. Elle a reçu des coups de couteau dans le ventre, dont un pénétrant un peu en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté droit.

Par la plaie qui a environ deux centimètres de long sort une petite portion d'épiploon.

Opération : Débridement de la plaie d'urgence. Aucun suintement sanguin. Il n'y a pas de lésion de l'intestin. On résèque une petite partie d'épiploon, puis on ferme la plaie par des fils de soie, après avoir placé un gros drain dans le ventre.

Deux jours après la température s'élève subitement, le pouls est accéléré, la malade a des vomissements fécaloïdes et ne rend ni matière ni gaz.

En levant le pansement, on constate que la plaie s'est désunie et que l'intestin est venu brusquement faire hernie par la plaie opératoire. On désinfecte celui-ci, on le touche avec des compresses chaudes, puis on le réduit prudemment dans le ventre à l'aide de compresses. On refait soigneusement les

sutures en prenant en masse les plans musculaires et les aponeévroses.

Suites opératoires normales Guérison.

OBSERVATION XIV (*In thèse Tournemelle*)

Hystérectomie abdominale totale pour fibrome utérin.

Rupture de la plaie le huitième jour. Suture. Guérison.

Madame A ..., 47 ans, entre le 2 octobre 1899 dans une maison de santé de la rue d'Armaillé.

Cette malade subit le 12 octobre 1899 l'hystérectomie abdominale totale pour corps fibreux. L'opération est conduite régulièrement et terminée en soixante-cinq minutes. On laisse par précaution dans la tranche vaginale une mèche qui est retirée au bout de trois jours. Fermeture complète de l'abdomen sans Mickulicz. La tumeur pesait 2 kgr. 500.

Le huitième jour ablation des fils profonds. Le soir même, la malade dans un effort de toux, a la sensation d'une déchirure de la cicatrice.

Elle se plaint aussitôt de douleurs violentes au-dessous de l'ombilic. On enlève le pansement : la plaie était ouverte, et l'intestin grêle sur la peau.

Une nouvelle suture fut pratiquée immédiatement sous chloroforme. On réunit faiblement les deux lèvres de la plaie avec les fils d'argent profonds comprenant tous les plans la paroi abdominale. Deux mèches de gaze sont placées aux angles de l'incision entre les muscles et en dehors du péritoine.

Suites bonnes, les mèches sont enlevées le quatrième jour. La plaie se cicatrise sans la moindre suppuration. La malade sort un mois après cet accident, avec une ceinture et sans éventration.

OBSERVATION XV (*in* thèse TOURNEMELLE).

Hystérectomie abdominale totale pour double pyosalpinx adhérent.

Infection de la paroi. Désunion le septième jour.

Mort de péritonite.

Valérie C..., 32 ans, sans profession, entre le 14 septembre 1899 à l'hôpital Broca, salle Récamier, lit 18.

Antécédents. — Cette malade subit l'hystérectomie abdominale totale le 28 septembre, pour double pyosalpinx adhérent à l'utérus et aux parois pelviennes : drainage abdomino-vaginal. L'opération avait été très laborieuse : à plusieurs reprises du pus s'était écoulé dans le petit bassin. Dans ces conditions, malgré les précautions prises, la suture de la paroi, faite sur des tissus contaminés a été rapidement infectée. Elle mesurait dix centimètres de long.

Le troisième jour, on constate déjà un peu de rougeur au niveau des crins de Florence : la peau est rosée, chaude, tendue sur une largeur de trois travers de doigt. On enlève trois crins et l'on désunit légèrement avec une sonde cannelée : pansement humide avec des compresses alcoolisées.

Le cinquième jour, suppuration totale au niveau de la suture, la peau est œdématiée.

Éventration. — Le septième jour, après quelques efforts de vomissements, l'intestin se montre au fond de la plaie désunie.

Après désinfection de la tranche cutanée et des muscles à l'eau phéniquée faible, on passe sous chloroforme, trois points de suture comprenant toute l'épaisseur de la paroi, péritoine y compris ; on serre très faiblement en laissant entre eux des mèches de gaze accompagnées d'un drain.

Le lendemain, il se produit une légère détente : la fièvre baisse un peu : 38°, 7 au lieu de 39°, 2. Mais les jours suivants les vomissements deviennent fréquents, la figure s'altère, le pouls faiblit et la malade meurt de péritonite.

Autopsie. — Les anses grêles sont distendues, rougeâtres, quelques-unes agglutinées. On trouve deux fausses membranes au voisinage de la plaie et environ un verre de sérosité louche dans les flancs.

OBSERVATION XVI (CHAVANNAZ, résumée in TOURNEMELLE).

Pylorectomie pour sténose néoplasique. Éventration aiguë.

Guérison.

Homme de 32 ans, considérablement amaigri. Il dit avoir perdu 35 kilogrammes. Urines non albumineuses. Pylorectomie le 6 avril 1899.

L'abdomen est refermé par trois plans de suture au catgut chromique et un plan de sutures métalliques sur la peau. On ménage dans la suture le passage d'une petite mèche de gaze iodoformée qui pénètre jusqu'à la suture duodéno-gastrique.

Bon état, après que le choc opératoire a disparu : le 16 avril ablation de la suture cutanée ; le pansement est un peu mouillé ; un point n'a pas tenu et une petite frange épiploïque a glissé à côté de la mèche de drainage. On change celle-ci ; la réunion est normale sur le reste de la suture.

Éventration. — Le 17 avril, le malade déclare avoir un peu souffert ; le pansement est complètement mouillé par un liquide légèrement hématique. En défaisant le pansement, on trouve une anse intestinale herniée ; on anesthésie légèrement le malade : toute la plaie se désunit. Ablation des débris de catgut, lavage au sérum des anses intestinales qui présentent une teinte rosée normale. Suture à l'aide de fils métalliques prenant toute la paroi. Suture difficile à cause de la friabilité des tissus et de la tension de la paroi. On draine par deux petites mèches. A ce moment, état inquiétant ; pouls à 140 ; sérum, caféine. Le lendemain le pouls est entre 120 et 140 ; la température flotte de 37°,8 à 39°,2 ; le malade ne souffre pas.

Jours suivants : gaz, selles. Retour à la température normale ; pas de vomissements. Du 25 au 28, quelques vomissements qui cèdent dès l'ablation du petit Mickulicz. Quelques accidents délirants. Sort le 6 juin encore très amaigri.

OBSERVATION XVIII (in thèse RECOURS).

(Due à M. le D^r PANTALONI de Marseille.)

Fibrome de l'utérus : hystérectomie abdominale totale.

Malade cachectique.

Femme de cinquante ans.

Au dixième jour, éclatement de la cicatrice ; nouvelle suture, dix heures après seulement. Guérison.

Réflexions de l'auteur. — Dans ces trois cas, la suture était à deux plans : premier plan au catgut aseptique à l'alcool : muscles ; deuxième plan, crins : peau.

L'éclatement s'est fait après ablation de ces derniers au huitième ou neuvième jour. *Le catgut s'était trop vite résorbé* chez des malades trop cachectisés pour faire en huit jours une cicatrice capable de résister à la pression abdominale augmentée par la toux ou l'effort.

OBSERVATION XVIII

(CESTAN. *Société Anat.-Clin. de Toulouse*).

Femme d'une quarantaine d'années, opérée à l'hôpital Broussais, en février 1889, pour des *lésions annexielles bilatérales*. La malade était arrivée au deuxième jour de son opération, les

filis de la paroi avaient été enlevés le matin, lorsqu'à ma contre-visite du soir je trouve sous le pansement tout un paquet d'anses intestinales. La malade avait voulu se lever et dans l'effort avait rompu sa cicatrice. Les viscères herniés avaient été heureusement maintenus par le pansement aseptique. Il me suffit de refaire leur toilette, de les réduire et de pratiquer la réfection de la paroi par une *suture à un seul plan*; celle-ci maintenue assez longtemps pour prévenir toute rupture ultérieure. La malade guérit parfaitement et quitta l'hôpital avec une paroi convenable d'ailleurs, prudemment soutenue par un large bandage de corps que je lui conseillai de garder longtemps.

OBSERVATION XIX (*ibid*).

Un batelier de Charenton entre salle Malgaigne à l'hôpital Necker, en 1893, pendant que j'étais l'interne du professeur Le Dentu. Cet homme, âgé de 47 ans, très amaigri, était porteur d'un néoplasme stomacal juxta-pylorique, pour lequel mon maître et ami Ricard fit une gastro-entérostomie antérieure à la Wolfler. Les suites opératoires furent parfaites, et comme dans le cas précédent, les fils avaient été enlevés; la cicatrice paraissait solide lorsque, dans un effort de toux, le malade rompit sa cicatrice au cours de la visite du lendemain matin. M. Ricard, présent au moment de l'accident, réduisit les anses grêles et l'épiploon qui avaient immédiatement fait issue sous le pansement; il refit la paroi avec *un plan de sutures unique* et quinze jours après, le malade regagnait Charenton sans encombre.

CONCLUSIONS

I. — L'éventration post-opératoire comprend d'une part l'éventration sous-cutanée, tardive, dans laquelle les plans sous-jacents, muscles, aponévroses sont seuls intéressés, et l'éventration libre, précocce, très rare, qui est une rupture de la plaie opératoire.

II. — L'intestin, l'épiploon sont le plus souvent rencontrés lorsqu'on fait la cure radicale de l'éventration : généralement libres, ils peuvent parfois contracter avec la paroi des adhérences difficiles à rompre. Exceptionnellement on peut trouver tous les autres viscères, en particulier les trompes, l'utérus, le foie.

III. — Les causes de l'éventration post-opératoire peuvent être antérieures à l'opération, inhérentes à elle, ou postérieures, ces dernières constituant les causes déterminantes.

IV. — Les causes favorables avant l'opération ont une importance tout à fait secondaire ; ni l'âge, ni le

sexe, ni la profession ne sauraient être invoqués. Quant à l'état de distension de la paroi, quant à l'adipose ou la cachexie du sujet, il faut faire toutes réserves au sujet de leur valeur.

V. — Les causes inhérentes à l'opération sont variables ; et si la longueur et le siège de l'incision, le genre d'opération pratiquée, l'infection de la plaie, le défaut d'hémostase, le drainage ont une importance réelle, mais inégale, ils méritent néanmoins selon nous d'être laissés au second plan.

VI. — Avec notre maître M. Picqué, nous dirons que la cause la plus importante des éventrations *tient à l'emploi du catgut pour les sutures*. Parfois celui-ci est cassant, ou bien alors, se résorbe trop facilement.

VII. — Pour éviter l'éventration, il faut *renoncer à l'emploi du catgut* et employer un fil non résorbable, crin de Florence, fil d'argent, soie, qu'on laissera dix ou douze jours en place.

VIII. — Il en résulte qu'on devra rejeter la suture à trois étages ; la *suture en masse* est tout aussi solide, affronte tout aussi bien les plans de la paroi, et ne nécessite par l'emploi de fils perdus. En refaisant systématiquement la paroi de cette manière, dans toute laparotomie, on évitera presque toujours les éventrations opératoires consécutives.

IX. — En cas d'éventration post-opératoire aiguë ou chronique c'est encore par la suture en masse à la soie ou au fil d'argent suivant la technique de notre maître M. Picqué qu'on aura les meilleurs résultats.

Vu : le Président de la thèse,

PAUL BERGER

Vu le Doyen :

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Abel.** — De la suture abdominale et des hernies de la paroi. *Archiv. f. Gynæk.* LVI 1898, p. 656
- Alexander (V).** — *Prov. méd. Journ.*, 1899.
- Anger (3).** — Dict. Jaccoud. artic : ÉVENTRATION.
- Ardle (J. J. M.).** — Notes on a case of ventral hernia following laparotomy. *Med. Press. and. Cir.* 1894, LVII, p. 81.
- Ask.** — Congrès de l'Assoc. des chirurgiens du Nord à Copenhague 1893. *Sem. médic.* 1894, p. 387.
- Ashton (Wm).** — Ventral hernia follow, abdom. opérations Philadelphia, 8 p.
- Bako (A).** — Suture de la paroi abdomin. *Centralb. f. chir.* 1883, n. 50.
- Balandin.** — Congrès de Berlin 1890. *Beitrag zum centralblatt für Gynæk.* 1890.
- Barivell.** — Asepsie du catgut et de la soie en chirurgie : Société roy. de médec. et chirurg. de Londres 23 février 1892. *Sem. médicale* 1892, p. 83.
- Berger.** — *Bulletin de la Soc. de Chir.* 1890.
— Examen de 10.000 cas de hernies.
— Traité de Chirurgie, VI, p. 801.
- Bauby.** — Trois cas d'éviscération post-opératoire spontanée (*Archiv. provinc. de Chir.* t. X, n° 6, juin 1901, p. 332-340)
- Blanc.** — Effets physiol. de l'éviscération. Congrès p. l'avanc. des sc. St Etienne 1897. 5-12 avril.
- Bonavita.** — Pathogénie, prophylaxie et trait des éventr. post-opér. *Thèse Lyon*, 1895.

- Brault.** — Deux éventrations, l'une opératoire, l'autre à la suite d'une plaie accidentelle. Cure radicale. Statist. d'opérations, 1897.
- Broca (Aug.)** — Cure radic. d'une laparocèle. *Gaz. hebdom. méd. et chir.*, 5 sept. 1891.
- Sur la stérilisation du catgut. *Bull. Soc. Chir.*, 22 janvier 1902.
- Bruce (Charles).** — Soc. roy. de méd. et chir., de Londres. *Sem. méd.*, 1892, p. 83.
- Cange.** — Des éventrations spontanées et de leur trait. chirurg. *Thèse Paris*, 1899, n° 205.
- Caselli.** — Laparotomie pour éventration. *Bull. Acad. méd. di. Genova*, avril-mai, 1887.
- Cestan (El).** — Quatre cas d'éviscération post-opérat. spontanées. (*Toulouse médical*, 1^{er} novembre 1900, n° 21, p. 249-252).
- Chadwick.** — Opération pour la hernie ventrale consécutive à la laparotomie. *Americ. gyn. Soc.*, 14 septembre 1898.
- Chanteux.** — De l'éventration sus-ombilic. *Thèse Paris*, 1898, n° 68.
- Chaput.** — Sur l'appendicite opérée à chaud. *Bull. soc. Chir.*, 14 janvier 1903.
- Sur la stérilisation du catgut, *id.*, 22 janvier 1902.
- Chardin.** — Des éventrations consécutives aux contusions de l'abdomen. *Thèse Paris*, 1901, n° 5.
- Chavannaz.** — De l'éviscération post-opérat. spontanée (*Bulletin méd.*, 1900, XIV, p. 461-463).
- De l'éviscération post-opér. spontanée. (*Revue mens. de gyn. obst. et pédiatr.*, de Bordeaux, 1900, II, n° 5 et 6, p. 344-249).
- Chrobak.** — *Internat. Klin. Rundschau*, 1877 et *Centralbl. f. Gyn.*, 1888.
- Condamin.** — De la cure radicale de l'éventration post-opérat. avec adhérence intestinale. *Prov. méd.*, 1895, IX, p. 277.
- De l'omphalectomie et de la suture à trois étages. *Lyon méd.*, 1892.
- Congrès internat. de Gynéc. et d'obst. à Genève, 1896. *Ann. de Gynécol.*, sept. 1896, p. 372.
- Currier.** — Ventral hernia after abdominal section and its treatment. *Ann. gynec. and Pediat.*, 1896-1896. X, p. 579-590.
- Suggestions concerning ventral hernia resulting from abdo-

- minal section *Tr. Am. Gyn. Soc. Philadelphia*, 1897, XXII, p. 106-122.
- Dartigues.** — *Revue de Gynéc.*, 10 août 1900.
- Dauriac.** — Trait. chirurg. des hernies de l'ombilic et des éventrations. *Thèse Paris*, 1895-1896.
- Delguet.** — De l'éventration xypho-ombilicale et de son traitement par le procédé Goullioud-Desmons. *Th. Bordeaux*, 1897.
- Delbet (Pierre).** — Sur la stérilisation du catgut. *Bull. Soc. Chir.*, 22 janvier 1902.
- Denneccé.** — Rôle de l'insuffisance musculaire dans la pathogénie des éventrations. *Thèse Paris*, 1902, n° 569.
- Desprès.** — *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.*, 5 octobre 1887.
- Doléris.** — Congrès intern. de Gyn. et d'obstét. à Genève, 1896. *Ann. de Gynéc.*, sept. 1896, p. 365.
- Doran.** — Hernia of the abdominal cicatrix and operation for its cure. *Lancet*, 1897, II, p. 1379-1383.
- Dujardin.** — Cure radicale de la hernie ombilicale et de l'éventration. *Ann. et bull. de la Soc. belge de Chirurgie*, 1897, n° 4, p. 149.
- Dunning (L.).** — Ventral hernia following laparotomy. *Tr. Asn. Ass. obst. and. Gynec. Philadelphia*, 1892-1893, p. 485-495.
- Dupont.** — De la suture des parois de l'abdomen après la laparotomie. *Th. Paris*, 1892, n° 55.
- Durand.** — Préservation des éventrations après la laparotomie. *New-York méd. Journ.*, 16 mars 1895, p. 345.
- Duret.** — Des laparocèles *Journ. de Sc. méd. de Lille*, 5 juin 1891.
- Edebohls.** — Hernie ventrale. *Americ. J. of obst.*, mai 1891.
- The prevention of hernia after incision of the abdominal wall. *New-York J. Gynec. and Obst.*, 1893, III, p. 24-29.
- Elischer.** — Laparotomie pratiquée quatre fois chez un malade. *Cent. f. Gynæk.*, 22 décembre 1895.
- Everke.** — Rupture répétée de la plaie abdominale après la myotomie. *Zeits f. Gebrats*, XX, 2.
- Fasola.** — *Annali di Obst. e Gynec.*, 1888.
- Faure (Jean-Louis).** — Sur un nouveau procédé pour la cure de l'éventration. *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1898, n° 14.
- Fauvel.** — De la suture de la paroi abdominale dans la laparotomie. *Th. Paris*, n° 203.
- Ferrand.** — Contribution à l'étude des hernies latérales de l'abdomen. *Th. Paris*, 1881.

- Fitch (M.-E).** — The prevention of post-operative hernia. *Med. Times*, 1900, XXVIII, p. 138-140.
- Flores.** — Hernia consecutiva a una talla hipogastrica. *Ann. du Cir. med. Argent.* Buenos-Aires, 1894, XVII, p. 430-432.
- Fosse (Louis).** — Contribution à l'étude des éventrations et de leur traitement. *Thèse Montpellier*, 1897, n° 18.
- Gilliam (P.-T.).** — The operative Treatment of ventral hernia resulting from abdominal sections. *Med. News*, 1892, LXI, p. 182.
- Goldin-Bind.** — Soc. roy. de Médec. et de Chir. de Londres, 23 fév. 1892. *Semaine médicale*, 1892, p. 83.
- Gordon (Mlle).** — Appendicite chez l'enfant. *Thèse Paris*, 1897.
- Gosselin.** — Leçons sur les hernies abdominales. Paris, 1865.
- Goullioud.** — Cure radicale des éventrations. *Lyon méd.*, 15 sept 1896.
- De l'éventration opératoire, prophylaxie et cure radicale. *Arch. de tocologie et de gynéc.*, 1892, XIX, p. 545-551.
- Granville-Bantock.** — Congrès internat. de gynéc. et d'obstétr. à Genève en 1896. *Annales de Gynéc.*, sept. 1896, p. 353 et suiv.
- Guinard.** — *Bull. soc. Chir.* Janvier 1899.
- Guinard et Tixier.** — Effets physiol. de l'éviscération. Cong. p. l'avanc. des sc. St-Etienne, 5-12 août 1897.
- Hagen-Torn.** — Zur frage ueber die Mittel zur Vorbeugung von Hernia nach Laparotomien. *Centralbl. f. Chir.*, 1884, n° 85.
- Hartmann.** — La suture par doublement dans la cure des éventrations larges et des grosses hernies ombilicales. *La Gynécologie*, mai 1904.
- Hahn.** — In Dict. Dechambre, art. ÉVENTRATION, t. XXI.
- Hallion et Carrion.** — Sur l'épreuve bactériologique du catgut. *Presse médicale*, 17 décembre 1904.
- Hegar et Kaltenbach.** — Gynécol. opératoire (trad. BAR). Paris, 1885.
- Heinrich.** — Ueber die Operation grosser Bauchnarbenbrüche. *Centralbl. f. Gynec.*, 1900. XXIV, p. 53-57.
- Hiestand.** — Unterleibsbruch und Unfallsbegriff. Zurich, 1897.
- Hoebérin.** — Opération d'une volumineuse hernie ventrale consécutive à une laparotomie pour péritonite. *Corresp. blatt. f. Schweiz. Aerzte*, 1^{er} octobre 1894.

- Hoefer.** — Les abcès des parois abdominales après la laparotomie. *Thèse Berlin*, 1898.
- Hotz.** — *Münchener med. Wochenschrift*, 1887, n° 8.
- Homans.** — Three hundred and eighty four laparotomies. Boston 1887. *Semaine médic.*, 1887, p. 193.
- Howitz.** — Congrès de l'Assoc. des Chirur. du Nord à Copenhague en 1893. *Semaine médic.*, 1893, p. 387.
- Congrès intern. de gynéc. et d'obstétr. à Genève, 1896. *Ann. de Gynéc.*, sept. 1896, p. 360.
- Jalaguier.** — Procédé pour reconstituer solidement la paroi dans l'appendicite. *Presse médicale*, 3 février 1897.
- James.** — Du traitement de l'éventration latérale post-opératoire. *Thèse Paris*, 1904, n° 379.
- Jeane.** — Fibrome utérin pédiculé. Hystérectomie totale. Hémorragie, éventrations post-opératoires. *Normandie médicale* 1^{er} avril 1901, n° 7, p. 136.
- Jeannel.** — Des ligatures et des sutures métall. perdues. *Arch. prov. de Chir.*, juillet 1904.
- Johnson (MM.).** — Ventral hernia after appendectomy. *J. Ann. med. Ass.*, Chicago, 1898, XXXI, p. 402.
- Mme Katz-Tchelycheff.** — De la rupture spontanée des enveloppes herniaires. *Thèse Paris*, 1901.
- Kehrer.** — Quatrième congrès de la Soc. all. de gynéc., 1891.
- Kovacs.** — De la suture, à trois étages. *Deutsch. Chir.* 1882, Lief 59.
- Lachausse.** — De Hernia ventral. 1746.
- Labadie-Lagrave et Lagueu.** — Traité médico-chirurgical de gynécologie. Art. VI. « Hernies et éventrations post-opératoires », p. 1169-1173.
- Laroyenne.** — Comptes-rendus du Congrès de Genève de 1896. *Ann. de gynéc.*, sept. 1896. 11^e Congrès des Sc. médicales à Rome, 1894. *Sem. médic.*, 1894, p. 187.
- Lassen.** — Congrès de l'Ass. des médecins de Copenhague, 1893. *Sem. médicale*, 1893, p. 387.
- La Torre.** — Rapport au Congrès de Genève, 1896 sur la question « Quel est le meilleur mode de fermeture de l'abdomen? ». *La Gynécologie*, 1897, p. 1 à 44, et p. 212 à 244.
- Le Dentu.** — *Bull. et mém. de la Soc. de Chirurgie*, 5 nov. 1890.
- Le Fort.** — Dict. encyclop. des sciences méd. Art : ABDOMEN.
- Lefort (René).** — Communic. au Congrès d'obstétr. et de gynéc. à Rouen, 5-10 avril 1904. *Bullet. méd.*, 4 mai 1904.
- Legueu.** — *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 15 janvier 1902.

- Lejars.** — Traité de chirurgie d'urgence, 3^e édition, p. 305.
- Lucas-Championnière.** — Cure radicale des hernies, Paris 1892. Sur la préparation du catgut. *Bull. de la soc. de Chirurgie*, 15 mars 1904 et *Pr. méd.* 1902, p. 1028.
- M'Ardle.** — *Th. Dublin Journal of medical science*, 1894.
- Marcy.** — Ventral. hernia following laparotomy ; its cause and means of prevention. *Ann. of gynec.*, 1893.
- Marey.** — Of the catgut. *Medic. rec.*, 1890.
- Mariani.** — Résultats cliniques au sujet de l'emploi d'un catgut préparé d'une façon simple. *Gazz. degli ospedali*, 13 mars 1904, p. 600.
- Maydl.** — Nouveau procédé pour la cure de l'éventration. *Wiener med. Presse*, n° 40, 1886.
- Maucclair.** — Congrès d'obstétr. et de gynécologie tenu à Rouen, 5-10 avril 1904. *Bull. méd.*, 30 avril 1904, p. 401.
- Mintkewitch.** — Cicatrisation de la plaie abdominale à la suite de laparotomies, Saint-Petersbourg, 1898.
- Montseret et Forgeue.** — Etude sur les altérations de résistance des fils stérilisés parle bouillissage. *Nouv. Montpellier médical*, 1893, n° 10.
- Montgomery.** — Preparation for abdominal section ; hernia as a sequel. *Med. New.* 1891, LVIII, p. 385 à 387.
- Morris (K.-T.).** — Post-operative ventral hernia. *Am. med. Quart.*, 1900, I, p. 212.
- Noble.** — Influence de la technique sur les résultats de la suture des parois de l'abdomen. *Boston med. Journ.*, 9 mars 1900.
- Olivier.** — Contribution à l'étude des éventrations. *Thèse Paris*, 1878.
- Ott.** — *Revue de gynec. et de chirurg. abdom.* 1897, n° 5, p. 111 et 112.
- Overthun.** — Hernia ventralis nach laparotomie, Bonn, 1894.
- Pauchet.** — *Thèse Paris*, 1897.
- Péan.** — Congrès de Genève, 1896. La *Gynécologie*, 1897, p. 219.
- Pérez.** — Stérilisation du catgut par le fluorure d'argent. *Polichinico*, mars 1903, p. 118.
- Picqué.** — Encyclopédie internation. de chirurgie (art : HERNIES).
— *Gazette méd. de Paris*, 1887, n° 39.
— Sur la stérilisation du catgut. *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 22 et 29 janvier 1902.
- Pózzi.** — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1887, p. 576.

- De la suture abdomin. Congrès de chir., 1888 et *Bull. de la Soc. de chir.*, 1888.
- — id — Congrès de chir., 1891. *Comptes rendus*, p. 211.
- — id — *Sem. gynéc.*, 1898, p. 261.
- *Bull. de la Soc. de chir.*, février 1897, p. 176.
- Price.** — L'incision dans la laparotomie, suture, complic. post-opérat. *Med. News*, 20 janvier 1894.
- Pryor.** — Prevention of hernia after laparotomy. *Med. Rec.*, 19 septembre 1891.
- Quénu.** — La cure radicale de la hernie ombilicale. *Gaz. méd. de Paris*, 1893, n° 51.
- *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1896, p. 179.
- *Bull. et mém. de la Soc. de chir.* (sur l'appendicite) 7 octobre 1903.
- Ratchinsky.** — La suture abdominale après laparotomie. *Ann. de gyn.* XL, 1893, p. 161.
La suture mixte abdominale après laparotomie. *Rev. gyn.* 10 août 1893, n° 4, p. 679.
- Reclus.** — Sur l'appendicite, *Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, 7 oct. 1903.
- Recours.** — De l'éviscération post-opératoire spontanée. *Thèse Bordeaux*, 1900-1901, n° 71.
- Reignier.** — Essai sur les hernies ventrales, *Thèse Paris*, 1879.
- Roger (F.)** — *Thèse Paris*, 1894-1895, n° 183.
- Roth.** — Ueber die hernies der Linia Alba. *Archiv. f. Klin. chir.* 1891, LXII, p. 1-45.
- Renaudière de Vaux.** — *Thèse Paris*, 1901.
- Sabins Coclhs.** — Congrès de Genève 1896. *Ann. de Gyné.* sept. 1896, p. 371
- Salin.** — Congrès de l'Assoc. des Chirurg. du Nord à Copenhague, 1898. *Sem. méd.* 1898, p. 387.
- Sanger.** — *Centralbl. fur Gyn.* 1888.
- Schmidt.** — Die interleibsbrüche, Stuttgart, 1896.
- Second.** — *Thèse agrég. Paris*, 1883.
- Sérullaz.** — Contribution à la cure radicale de l'éventration post-opérat. avec adhérences intestinales. *Thèse Lyon*, 1895.
- Sims.** — Hernie ventrale consécutive à la laparotomie *Obstetr. Soc. of New-York*, 5 janvier 1886.
- Smily.** — Rupture d'une plaie de laparotomie. *British med. J.*, 26 décembre 1896, n° 1878, p. 1829.

- Sonnenburg.** — *Revue de chirurgie*, 1896.
- Spencer Wells.** — Traité des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus.
- Stoffmann.** — *Buffalo med. and surg. Journal*, nov. 1889, p. 286.
- Terrillon.** — *Bull. de Thérapeutique*, 3) nov. 1884.
- *Bullet. de Thérapeutique*, 30 janv., 15 février et 15 mars 1885.
- Leçons de clinique chirurgicale, 1889.
- Tournemelle.** — Des éventrations post-opératoires. *Thèse Paris*, 1901, n° 242.
- Tuffier.** — Sur l'appendicite. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 7 oct. 1903.
- Vanschengel.** — Contrib. à l'étude de l'éventration post-opér. *Thèse de Lille*, 1896-1897.
- Velits (Von).** — Des laparotomies répétées chez le même sujet. *Zeits f. Geburts*, XX, 2.
- Volkovitch.** — Modific. des incisions abdom. dans les laparotomies. *Vratch*, 31 janvier 1898, n° 5.
- Walther.** — De la cure radicale des éventrations sus-ombilic. *Revue de chirurgie*, 1898, n° 11.
- Werthen.** — Umbilical and ventral Hernial. *Amer. J. of obst.*, 1893.
- Weir.** — Hernie ventrale. *Intern. Journ. of Sur*, juin 1893.
- Wertheimer.** — Essai sur les hernies consécutives à la laparotomie. *Thèse de Paris*, 1888.
- Winkelmann.** — Die Unterleibsbrüche und ihre chirurgische Behandlung. Leipzig, 1893.
- Winter.** — Hernies ventrales. sutures de l'abdomen. VI^e cong. Soc. allem. de gynéc. Vienne 1895, 5-7 juin.
- Woakes.** — Case of double ventral hernia. *British med. Journ.*, 1873, II, p. 344.
- Wylie (Gil).** — Ventral hernie caused by laparotomie. *Amer. Journ. of obstetr.*, 1887.

TABLE DES MATIÈRES

A NOS MAITRES.	7
Avant-propos	11
CHAPITRE I. — Historique	13
CHAPITRE II. — Définition.	17
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique.	20
CHAPITRE IV. — Etiologie. Pathogénie.	25
1° <i>Causes favorables à l'éventration avant l'opération.</i>	26
2° <i>Causes inhérentes à l'opération.</i>	28
3° <i>Causes déterminantes survenant après l'opération.</i>	38
CHAPITRE V. — Traitement des éventrations post-opératoires	
sous-cutanées	41
Art. I. — Traitement de l'éventration médiane.	41
1° <i>Traitement préventif.</i>	41
2° <i>Traitement curatif.</i>	43
Art. II. — Traitement de l'éventration post-opératoire	
sous-cutanée latérale.	49
1° <i>Traitement préventif</i>	49
2° <i>Traitement curatif.</i>	51

CHAPITRE VI. — Traitement des éventrations post-opératoires	
libres	53
1° <i>Traitement préventif</i>	53
2° <i>Traitement curatif.</i>	54
Observations.	59
I. — <i>Eventration sous-cutanée médiane.</i>	59
II. — <i>Eventration sous-cutanée latérale</i>	70
III. — <i>Eventration libre.</i>	73
Conclusions.	81
Bibliographie.	85

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

